



Datos del Contratante

Nombres y Apellidos o Razon Social: _____
 Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unido Profesión u Oficio: _____
 Tipo de Actividad: Comercial o Profesional Estudiante Gubernamental Independiente
 Dirección de Residencia: _____
 Provincia: _____ Distrito: _____
 Corregimiento: _____ Urbanización: _____
 Calle: _____ Via: _____
 Casa Edificio Local C.C.: _____
 Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____
 Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____

Datos del Propuesto Asegurado

Complete si el **Asegurado** es diferente al Contratante:
 Nombres y Apellidos o Razon Social: _____
 Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unido Profesión u Oficio: _____
 Tipo de Actividad: Comercial o Profesional Estudiante Gubernamental Independiente
 Dirección de Residencia: _____
 Provincia: _____ Distrito: _____
 Corregimiento: _____ Urbanización: _____
 Calle: _____ Via: _____
 Casa Edificio Local C.C.: _____
 Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____
 Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____

Forma de Pago

Tarjeta de Crédito Transferencia Electrónica ACH Transferencia Banca en Línea
 Descuento en Planilla Pago Voluntario (Se requiere pago adelantado)
 Frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

Información del Riesgo

Datos del Grupo Familiar

Suma Asegurada _____

N° Aseg.	Apellidos, Nombres	Parentesco	Profesión u Ocupación	N° Cédula o Pasaporte	Fecha Nacimiento	Sexo	Estado Civil
1							
2							
3							
4							

Declaración de Salud

Yo, como propuesto ASEGURADO TITULAR declaro que:

- Tanto yo como las personas a incluir en esta Póliza nos encontramos en buen estado de salud y mi habilidad física o funcional y la de las personas a incluir no se encuentran reducidas, ni nos encontramos actualmente en tratamiento médico y tengo conocimiento de que hasta ahora no lo requerimos.
- Ni yo ni las personas a incluir en esta póliza padecemos ni hemos padecido de: Cáncer, HIV-SIDA, Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial, Cirrosis, Hepatitis B, Diabetes, Enfermedad o Defectos congénitos, Cardiovasculares, Neurológicos, Psiquiátricos, Pulmonares u otras condiciones que afecten mi estado de salud actual.

Declaración de Salud (Continuación)

3. En los últimos dos (2) años, ni yo ni las personas a incluir en esta póliza no hemos sido sometido, ni nos han sido programados tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades como las enunciadas anteriormente o similares o de dolencias directamente relacionadas con ella, en forma causal o consecencial.
4. No tenemos adicciones al consumo de alcohol, drogas, sustancias estupefacientes ni psicotrópicas.
5. Mis actividades y ocupaciones así como el de las personas a incluir en esta póliza son lícitas y las ejercemos dentro de los marcos legales.
6. No he omitido ni disimulado ningún hecho, ni circunstancia en las presentes declaraciones que puedan modificar la opinión de LA COMPAÑIA sobre el seguro solicitado.

Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presentes o que pueda (podamos) padecer, estado físico e historia clínica .

Autorización

Doy mi consentimiento y autorizo a La Regional de Seguros, S.A., a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a La Regional de Seguros, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas, y en base a lo cual se emite la póliza correspondiente en consecuencia acepto que cualquier información falsa, errónea e inexacta, brindada en esta solicitud, puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro, sin responsabilidad alguna para La Regional de Seguros, S.A. de acuerdo a la Ley 24 del 22 de mayo del 2002.

Firma del Contatante:

Firma del Asegurado:

Firma del Productor:

Fecha: / /

Fecha: / /

Código: _____

Fecha: / /

2014-LRDS-ENFERMEDADES Y ACCIDENTES CATASTRÓFICOS / La Regional de Seguros, S.A. – RUC. 2203687-1-773722 DV: 9/ Inscrita en la Superintendencia de Seguros y Reaseguros bajo resolución No. JD-18 de 10 de diciembre de 2012

Torre Panamá, P.H. Oficina 1300, Urbanización Costa del Este, Corregimiento de Parque Lefevre, Provincia y Distrito de Panamá