

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 Ingresos Anuales: _____
 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

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

Algunos de los asegurados practica algún deporte? No Si, en caso afirmativo indique el N° del Asegurado y especifique: _____

Coberturas Solicitadas

Cobertura Básica Suma Asegurada
Muerte Accidental _____
Lesiones Corporales y desmembramiento _____
Incapacidad total y permanente _____
Coberturas Opcionales Suma Asegurada
 Muerte por lesiones corporales o incapacidad total y permanente por homicidio culposo _____
 Renta diaria por Hospitalización (suma asegurada por día) _____
 Reembolso de Gastos Médicos por accidente _____
 Incapacidad temporal (suma asegurada semanal) 26 o 52 semanas

Beneficiarios en Caso de Muerte del Asegurado Titular

Apellidos, Nombres	Parentesco	N° Cédula o Pasaporte	% Distribución

Información adicional

Alguno de los asegurados mantiene otras pólizas vigentes con esta u otra compañía de seguros? No Si

N° Aseg	Compañía Aseguradora	Ramo	N° Póliza	Vigencia	Suma Asegurada

En caso de pólizas rechazadas, anuladas o impuesto condiciones especiales para su emisión a alguno de los asegurados, por favor indique las razones: _____

Ha hecho alguna reclamación contra alguna compañía de seguros? No Si, en caso afirmativo complete:

N° Aseg	Causa	Fechas	Monto	Compañía Aseguradora

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.

Aprobado por la SuperIntendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá mediante Resolución No.DRL-63 y 64 de 23 de octubre de 2013.

Firma del Contatante:

Firma del Asegurado:

Firma del Productor:

Fecha: / /

Fecha: / /

Código: _____

Fecha: / /