

Fecha de solicitud:																		
Plan			Vigencia/efectividad			Póliza												
A	Datos del solicitante																	
Nombres				Apellidos														
Cédula/pasaporte		Nacionalidad	Fecha de nacimiento		Edad	Sexo	Estado civil	Estatura	Peso									
Dirección residencial					Provincia		Teléfono/celular											
Ocupación				Email														
Empresa donde trabaja			Dirección				Teléfono											
Es usted una persona políticamente expuesta?			Si		No		Indicar cargo actual o anterior											
La Persona Políticamente Expuesta (PEP) es un individuo nacional o extranjero que desempeña funciones públicas destacadas, como por ejemplo, jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares, altos ejecutivos de empresas estatales y funcionarios de partidos políticos, incluyendo sus familiares o estrechos colaboradores. Todos estos son considerados PEP desde el nombramiento u ocupación del cargo hasta 2 años después de haber cesado el mismo.																		
B	Datos del contratante (completar solo si difiere del solicitante)				☐ Persona Natural (PN)		☐ Persona Jurídica (PJ)											
Nombres				Cédula/pasaporte/RUC		Email												
Dirección					Provincia		Teléfono/celular											
Empresa donde trabaja			Dirección				Teléfono											
Relación con el asegurado			¿Es usted una persona políticamente expuesta?		Si		No		Indicar cargo actual o anterior									
C	Forma de pago (la tarjeta de crédito o cuenta ACH debe estar a nombre del contratante)																	
Tarjeta de crédito			ACH		Pago voluntario		Frecuencia de pago:			Mensual	Trimestral	Cuatrimestral	Semestral	Anual				
Los cargos automáticos serán realizados al inicio de cada período de vigencia, según la frecuencia de pago seleccionada.																		
D	Autorización de pago de reclamaciones																	
Nombre de la cuenta						No. de cuenta			Tipo de cuenta:						Ahorro	Corriente		
Nombre del banco						Email para envío de liquidaciones (completar si es distinto del proporcionado por el solicitante)												
E	Datos de los dependientes																	
1	Nombre					Fecha de nacimiento		Estatura		Peso								
	Parentesco		Cédula/pasaporte		Nacionalidad	Profesión u ocupación		Edad		Sexo								
2	Nombre					Fecha de nacimiento		Estatura		Peso								
	Parentesco		Cédula/pasaporte		Nacionalidad	Profesión u ocupación		Edad		Sexo								
3	Nombre					Fecha de nacimiento		Estatura		Peso								
	Parentesco		Cédula/pasaporte		Nacionalidad	Profesión u ocupación		Edad		Sexo								
4	Nombre					Fecha de nacimiento		Estatura		Peso								
	Parentesco		Cédula/pasaporte		Nacionalidad	Profesión u ocupación		Edad		Sexo								
5	Nombre					Fecha de nacimiento		Estatura		Peso								
	Parentesco		Cédula/pasaporte		Nacionalidad	Profesión u ocupación		Edad		Sexo								
F	Información adicional																	
1	¿Tiene o ha tenido usted o alguno de sus dependientes un seguro similar al que está solicitando?														Si		No	
	¿Quién?		¿Qué seguro?			¿Con qué compañía?			Suma asegurada			Vencimiento						
2	¿Usted o alguno de sus dependientes fuma o ha fumado, consume o ha consumido bebidas alcohólicas o estupefacientes?														Si		No	
	¿Quién?		¿Qué consume o ha consumido?			¿Con qué frecuencia?			¿Desde cuando?			¿Hasta cuando?						
3	¿Practica usted o alguno de sus dependientes un deporte o actividad que pueda ser considerada de alto riesgo?														Si		No	
	¿Quién?		¿Qué actividad?			¿Con qué frecuencia?			¿Desde cuando?			¿Hasta cuando?						

G	Declaración de salud del solicitante y los dependientes (amplíe sus respuestas en la sección J)				
1. ¿Goza usted y todos sus dependientes de buena salud física y mental?		Si	No		
2. ¿Tiene usted o alguno de sus dependientes algún defecto congénito o adquirido evidente o no físicamente?		Si	No		
3. ¿Ha sufrido usted o alguno de sus dependientes algún accidente grave o intoxicación?		Si	No		
4. ¿Es usted o alguno de sus dependientes piloto o tripulante en aviones privados o comerciales?		Si	No		
5. ¿Se ha realizado usted o alguno de sus dependientes un examen, tratamiento o cirugía para cualquier afección médica?		Si	No		
6. ¿Se ha realizado usted o alguno de sus dependientes un Papanicolau? En dado caso, indique quién _____ fecha _____ y resultado _____.		Si	No		
7. ¿Se ha realizado usted o alguno de sus dependientes una mamografía, ultrasonido o prueba especial? En dado caso, indique quién _____ fecha _____ y resultado _____.		Si	No		
8. ¿Cuántos embarazos previos ha tenido usted o alguno de sus dependientes _____.		Si	No		
9. ¿Está usted o alguna de sus dependientes embarazada? En dado caso, indique quién _____ y de cuántas semanas _____.		Si	No		
10. ¿Ha tenido usted o alguno de sus dependientes una pérdida de embarazo? En dado caso, indique quién _____ cuándo _____ y por qué _____.		Si	No		
11. Toma usted o alguno de sus dependientes medicamentos permanentes? En dado caso, indique quién _____ qué medicamento _____ y por qué _____.		Si	No		
12. ¿Ha recibido usted o alguno de sus dependientes transfusiones de sangre? En dado caso, indique _____ y porqué _____.		Si	No		
H	Usted o alguno de sus dependientes padece o ha padecido alguna de las siguientes condiciones (amplíe sus respuestas en la sección J)				
13. Enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, hemiplejia, apoplejia, polineuritis, convulsiones, desmayos, derrame isquémico, hemorragia cerebral, meningitis, neurastenia, parálisis, neurosis, insomnio, migraña, vértigo, mal de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, distrofia muscular, síndrome de Guillian Barré)		Si	No		
14. Trastornos mentales (psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, ansiedad, depresión, fatiga crónica, trastornos alimenticios)		Si	No		
15. Enfermedades del corazón o del aparato circulatorio (insuficiencia cardíaca, ataque cardíaco, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, hipertensión, trombosis, flebitis, fiebre reumática, infarto, síncope, defecto cardíaco, soplo al corazón, inflamación de pies o tobillos, edemas de miembros inferiores, venas varicosas, aneurismas, valvulopatías, arritmias)		Si	No		
16. Enfermedades de la sangre (anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, ganglios linfáticos, colesterol alto, deficiencias del factor II, V, VII, X y XII, deficiencia congénita de antitrombina III, púrpura trombocitopénica idiopática o trombótica, enfermedad de Von Willebrand, defectos de la función plaquetaria, triglicéridos altos)		Si	No		
17. Trastornos autoinmunes (anemia perniciosa, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, dermatomiositis, esclerosis múltiple, lupus eritematoso o sistémico, síndrome de Sjogren, miastenia grave, bocio tiro tóxico difuso, síndrome de Reiter, hemoglobinopatía, hepatitis autoinmune, anemia hemolítica autoinmune)		Si	No		
18. Trastornos gastrointestinales (úlceras, reflujo gastroesofágico, vómitos de sangre, diverticulitis, gastritis, ictericia, hemorroides, fístula de recto, hernia hiatal, enfermedad del hígado o del páncreas, pólipos intestinales, colitis, intolerancia al gluten, enfermedad de Crohn)		Si	No		
19. Enfermedades del sistema endocrino (diabetes, hiperglucemia, hipoglucemia, obesidad, bocio, hipófisis, hipertiroidismo). De ser afirmativo para diabetes, indicar tipo de diabetes, fecha en que se diagnosticó, medicamentos y dosis que lleva		Si	No		
20. Enfermedades del sistema osteomuscular (lumbago, ciática, escoliosis, artritis, tendonitis, gota, osteoporosis, síndrome del tunel carpiano, espina bífida, hernias discales, artrosis, osteopenia, condomalacia, reumatismo, enfermedad de disco, trastornos de la articulación temporo-mandibular o ATM)		Si	No		
21. Enfermedades del sistema respiratorio (asma, tos crónica, tuberculosis, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, neumonía, pleuresía, catarro persistente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC, ronquera crónica, alergias, fibrosis pulmonar)		Si	No		
22. Enfermedades del sistema genito - urinario (tumores o enfermedades de la próstata, insuficiencia renal crónica o aguda, calculos renales o en vías biliares, quistes de ovarios, enfermedades de la vejiga o la uretra, sangrado genital anormal, fibromas, displasias, cáncer cervico-uterino, endometriosis)		Si	No		
23. Enfermedades de transmisión sexual (síndrome de inmunodeficiencia adquirida o VIH/SIDA, virus del papiloma humano o VPH, sífilis, gonorrea, hepatitis B o C, herpes genital, condilomas)		Si	No		
24. Enfermedades de los ojos, nariz o boca (cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, síndrome de Meniere, pterigión)		Si	No		
25. Enfermedades o lesiones de la piel (lunares que han crecido de tamaño, cambiado de color o que pican, vitiligo, cancer de piel)		Si	No		
26. Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, fiebre reumática, fiebre tifoidea, septicemia, malaria, ébola, chikungunya, zika)		Si	No		
27. Enfermedades o trastornos no citados anteriormente (cáncer, melanomas, tumores benignos, sarcoma de Kaposi, tumores de cualquier tipo, linfomas, quistes, deformidad o mutilación de algún miembro, diarrea crónica, pérdida del oído o sordera, pérdida de la vista o ceguera, anemia crónica, pérdida de conocimiento, desnutrición, síndrome de Down, patologías de mama, cancer de mama o cervico uterino, algún síntoma o enfermedad no mencionada anteriormente que padezca actualmente)		Si	No		
I	Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor ampliar su respuesta en las siguientes líneas:				
No.	Solicitante/dependiente	Detalle	Atención/diagnóstico	Condicion actual	Médico/hospital



J	Historial familiar: Tiene usted o alguno de sus dependientes antecedentes familiares de cáncer, diabetes, enfermedades del corazón o hipertensión?				
Solicitante/dependiente		Familiar afectado	Enfermedad	Edad de manifestación	Estado actual
K	Información del médico de cabecera, ginecólogo y pediatra que atienden al solicitante y sus dependientes:				
Solicitante/dependiente		Médico	Especialidad	Teléfono	
L	Declaraciones del solicitante				
Yo, el solicitante, por la presente declaro y certifico bajo la fe del juramento que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud y que las respuestas que he dado a las mismas, así como las informaciones y/o afirmaciones establecidas en ellas, son ciertas, verdaderas y completas. Reconozco que las declaraciones suministradas por mi persona constituyen la base para la aprobación del seguro solicitado y acepto que la inexacta o falsa declaración en las preguntas que anteceden podrían originar la pérdida de mis derechos como asegurado. Autorizo a todo médico, hospital, centro de diagnóstico o institución de la salud que me haya atendido o que haya atendido a mis dependientes para que suministre a UniVivir, S.A. todos los informes que esta pueda requerir en relación con mi salud y la de mis dependientes, relevándolos de cualquier responsabilidad penal, civil o administrativa en que pueda incurrir por proporcionar dicha información y/o de cualquier prohibición que exista sobre la revelación de los datos propios o de mis dependientes, incluyendo historiales clínicos y expedientes, así como también para que transfiera dichos datos a proveedores médicos y de asistencia, corredores de seguros, reaseguradores, call centers, abogados externos e investigadores de seguros, siempre y cuando sea estrictamente necesario para la emisión del contrato y la prestación de los servicios contratados. Reconozco y acepto que UniVivir, S. A. y su Grupo Financiero Unibank,S.A., puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y custodiar legalmente mis datos y los de mis dependientes, incluyendo pero sin limitarse a, fotos o imágenes de documentos de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, credenciales y/o cualquier otro documento para cumplir con el proceso de debida diligencia y las políticas de conozca a su cliente, prestar los servicios requeridos, realizar gestiones de cobros y promoción de servicios comerciales y financieros, por medio de correo electrónico, teléfono fijo o móvil, SMS o cualquier otro medio, generar métricas, estadísticas y reportes, enviar información y cumplir cualquier requerimiento del ente regulador y/o de cualquier otra entidad del Estado, en cumplimiento con la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de la República de Panamá. La compañía se reserva el derecho de revisar las referencias crediticias del cliente en el sistema de la Asociación Panameña de Crédito y podrá, a falta de pago, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.					

Firma del solicitante

Fecha

Firma del contratante

Fecha

M	Información del corredor						
Nombre o razon social			Numero de licencia				
¿Conoce usted personalmente al contratante?		Si	No	¿Cuánto hace que lo conoce?	¿Le consta que el solicitante completó y firmó esta solicitud?	Si	No
¿Tiene usted conocimiento sobre alguna ocupación, actividad o condición médica del solicitante y/o de sus dependientes que pudiera afectar el riesgo y que no haya sido declarada en la solicitud?							
Si No Especifique:							
Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido completada correctamente según mi leal saber y entender, por lo que recomiendo al colicitante y/o contratante para el seguro solicitado							

Firma del corredor

Fecha

Firma del gerente o ejecutivo comercial

Fecha

Para uso de la compañía						
Exclusión permanente		Exclusión temporal		Recargo	Motivo	
Detalles						
Aprobado		Declinado		Evaluador	Cargo	Fecha

