

Seguros de vida				Médico Hospitalario				Accidentes Personales			
Suma asegurada o plan Fija ____ Variable ____ Sueldo ____				Suma asegurada o plan Fija ____ Variable ____ Sueldo ____				Suma asegurada o plan Fija ____ Variable ____ Sueldo ____			
Certificado		Póliza		Certificado		Póliza		Certificado		Póliza	

Vigencia Día/____/Mes____/Año____		Contratante				Filial o División			
--------------------------------------	--	-------------	--	--	--	-------------------	--	--	--

Datos del asegurado							
Nombres				Apellidos			
Apellido de casada			Cédula / Pasaporte			Edad	Sexo F M
Fecha de nacimiento Día/____/Mes____/Año____	Nacionalidad	Estado civil		Profesión u ocupación		Estatura (Mts / Pies)	Peso kgs / Lbs
Cargo que desempeña			E-mail				
Dirección Residencial				Provincia		Teléfono/Celular	
¿Es usted una persona políticamente expuesta? Si No			Indicar cargo actual o anterior				

Autorización de pago de reclamaciones					
Nombre de la cuenta			E-mail para envío de liquidaciones		
No. de cuenta		Nombre del banco			Tipo de cuenta Ahorro Corriente

Datos de los dependientes para el Seguro						
1	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad (mts / pies)	Sexo (kgs / lbs)
2	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad (mts / pies)	Sexo (kgs / lbs)
3	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad (mts / pies)	Sexo (kgs / lbs)
4	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad (mts / pies)	Sexo (kgs / lbs)
5	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad (mts / pies)	Sexo (kgs / lbs)

Beneficiarios principales para el Seguro de Vida y/o Accidentes Personales (la suma de los porcentajes debe ser el 100%)				
Nombre		Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre		Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre		Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre		Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre		Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Beneficiarios contingentes para el Seguro de Vida y/o Accidentes Personales (la suma de los porcentajes debe ser el 100%)				
Nombre		Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre		Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje

Si no hubiere ningún beneficiario con vida, la indemnización se hará a los herederos legales. El pago correspondiente lo realizará LA COMPAÑÍA una vez los herederos legales hagan valer su derecho notificando tal situación por escrito en las oficinas de LA COMPAÑÍA y presentando ante la misma la sentencia en firme del tribunal competente

Información adicional				
a) ¿Ha tenido usted o alguno de sus dependientes algún seguro similar al que está solicitando? Si ☐ No ☐				
¿Quién?	¿Qué seguro?	¿Qué compañía?	Suma asegurada	Vencimiento
¿Usted o alguno de sus dependientes fuma o ha fumado, consume bebida alcohólicas o drogas estupefacientes? Si ☐ No ☐				
¿Quién?	¿Qué seguro?	¿Qué compañía?	Suma asegurada	Vencimiento
Practica usted o alguno de sus dependientes algún deporte o actividad Si ☐ No ☐				
¿Quién?	¿Qué seguro?	¿Qué compañía?	Suma asegurada	Vencimiento

Declaración de salud del solicitante y los dependientes (favor ampliar su respuesta en el cuadro indicado)

1. ¿Goza usted y todos sus dependientes de buena salud mental y física?

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 algún dependiente un accidente grave o intoxicaciones? En dado caso indique quién, _____ cuándo _____ qué lesiones sufrió? _____

Si

No

4. ¿Es usted o algún dependiente piloto o tripulante en aviones privados o comerciales? En dado caso indique quién, _____

Si

No

Padece o ha padecido usted o alguno de sus dependientes alguna de las siguientes condiciones? (no aplica para Accidentes Personales)

5. ¿Se ha realizado usted o algún dependiente un examen, tratamiento o cirugía para cualquier afección médica?

Si

No

6. ¿Se ha realizado usted o algún dependiente un papanicolaou? En dado caso indique quién, _____ fecha _____ resultado _____

Si

No

7. ¿Se ha realizado usted o algún dependiente una mamografía, ultrasonido o prueba especial? En dado caso indique quién, _____ fecha _____ resultado _____

Si

No

8. ¿Está usted o algún dependiente embarazada? En dado caso indique quién, _____ de cuántas semanas _____

Si

No

9. ¿Ha tenido usted o alguna dependiente una pérdida de embarazo? En dado caso indique quién, _____ cuándo _____

Si

No

10. ¿Toma usted o algún dependiente medicamentos permanentes? En dado caso indique quién, _____ qué medicamento _____

Si

No

11. ¿Ha recibido usted o algún dependiente transfusiones de sangre? En dado caso indique quién, _____ cuándo _____ por qué _____

Si

No

12. Enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, hemiplejía, paraplejía, poliomielitis, convulsiones, desmayos, derrame isquémico, hemorragia cerebral, meningitis neurastenia, parálisis, neurosis, insomnio, migraña, vértigo, mal de parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, distrofia muscular, síndrome de Guillain Barré)

Si

No

13. Trastornos mentales (psicosis, esquizofrenia, trastornos bipolares, ansiedad, trastornos alimenticios, fatiga crónica, abuso o dependencia de sustancias químicas o drogas, alcoholismo, depresiones)

Si

No

14. Enfermedades del corazón y del aparato circulatorio (insuficiencia cardíaca, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, hipertensión, trombosis, flebitis, fiebre reumática, infarto, síncope, defecto cardíaco o soplo al corazón, inflamación de pies o tobillos, edemas de miembros inferiores, venas varicosas, aneurismas, valvulopatías, arritmias)

Si

No

15. Enfermedades de la sangre (anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, ganglios, colesterol alto, deficiencia 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

16. Trastornos autoinmunes (anemia perniciosa, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, dermatomiositis, esclerosis múltiple, lupus eritematoso o sistémico, síndrome de Sjögren, miastenia grave, bocio tóxico difuso, síndrome de reiter, nefritis lúpica, hepatitis autoinmune, anemia hemolítica autoinmune)

Si

No

17. Trastornos gastrointestinales (úlceras, cálculos biliares, reflujo gastroesofágico, infecciones de sangre, diverticulitis, gastritis, ictericia, hemorroides, fistula de recto, hernia hiatal, enfermedades del hígado o del páncreas, pólipos intestinales, poliposis gástrica, enfermedad de Crohn)

Si

No

18. Enfermedades del sistema endócrino (diabetes, hiperglucemia, hipoglucemia, obesidad, bocio, hipófisis, hipertiroidismo, hipotiroidismo. De ser afirmativo para diabetes, indicar tipo de diabetes, fecha en que se diagnosticó, medicamentos y tratamiento que lleva.

Si

No

19. Enfermedades del sistema osteomuscular (lumbago, ciática, escoliosis, artritis, tendinitis, gota, osteoporosis, síndrome del túnel carpiano, espina bífida, hernias discales)

Si

No

20. Enfermedades del sistema respiratorio (asma, tos crónica, tuberculosis, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, neumonía, pleuresía, catarro persistente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ronquera crónica, sinusitis, alergias, silicosis)

Si

No

21. Enfermedades del sistema genito-urinario (tumores o enfermedades de la próstata, insuficiencia renal crónica o aguda, cálculos renales, quistes de ovarios, enfermedades de la vejiga o la uretra, sangrado genital anormal, fibromas, displasias, cáncer cérvico uterino)

Si

No

22. Enfermedades de transmisión sexual (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA-VIH), virus del papiloma humano (VPH), sífilis, gonorrea, hepatitis B y C, herpes genital, condilomas)

Si

No

23. Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o boca (cataratas, glaucoma, lesiones de la retina, sinusitis crónica, trastornos de la articulación temporomandibular (ATM), síndrome de Meniere (pérdigo))

Si

No

24. Enfermedades o lesiones de la piel (lunares que han crecido en corto tiempo, cambio de color o que pican, vitiligo, cáncer en la piel)

Si

No

25. Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, tifoidea, tuberculosis, malaria, ébola, chikungunya, zika)

Si

No

26. Tumores o enfermedades congénitas o hereditarias (deformidad congénita de algún miembro, historia familiar de diabetes tipo I y tipo II, enfermedades mentales, enfermedades del corazón, hipertensión, lupus, linfomas, quistes, deformidad o mutación de algún órgano, enfermedades de la sangre, enfermedades autoinmunes, cáncer, enfermedades congénitas o hereditarias como el coeficiente genético desnutrición, síndrome de Down u otras enfermedades genéticas)

Si

No

Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor ampliar su respuesta en las siguientes líneas

No.	Solicitante/dependiente	Detalle	Atención/diagnóstico	Condición actual	Condición actual

Información del médico de cabecera, ginecólogo y pediatra que atienden al solicitante o sus dependientes

No.	Solicitante	Médico	Especialidad	Teléfono
1				
2				
3				
4				
5				

Autorización

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 a que haya atendido a mis dependientes para que suministre a **UniVivir Seguros, 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 Seguros, 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

Firma y sello del contratante

Fecha

Para uso de la compañía

Aprobado	Declinado	Evaluador	Cargo	Fecha