

NOMBRE DEL CLIENTE		
CORREDOR		
GERENTE DE RELACION COMERCIAL	MILY HASKINS <input type="checkbox"/>	DEYSIS LUQUE <input type="checkbox"/>

PERSONA NATURAL

DATOS PERSONALES	<input type="checkbox"/>	COPIA DE CEDULA (PERSONA NATURAL LOCAL Ó CEDULA "E").
	<input type="checkbox"/>	Extranjero residente: Pasaporte vigente y carnet de residencia vigente.
	<input type="checkbox"/>	Menor de edad: Pasaporte, certificado de nacimiento ó cédula (ambos lados).
	<input type="checkbox"/>	Identificación del contratante en caso que sea distinto al asegurado.
DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/>	Solicitud (Debidamente completada, firmada igual que su identificación y firmada por el corredor)
	<input type="checkbox"/>	Propuesta
	<input type="checkbox"/>	Informe pediátrico (menores de 10 días a 23 meses).
	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de vacunas (menores de 10 días a 23 meses).
PRIMA INICIAL	<input type="checkbox"/>	Prima inicial (Recibo de caja).
FORMAS DE PAGO	<input type="checkbox"/>	Pagos recurrentes:
	<input type="checkbox"/>	Ach (cuenta de ahorros o corriente).
	<input type="checkbox"/>	Visa (datos de la tarjeta de crédito ó débito).
	<input type="checkbox"/>	Pago voluntario (Solo: trimestral, semestral ó anual).
CONOCE TU CLIENTE	<input type="checkbox"/>	Formulario conoce tu cliente persona natural Asegurado.
	<input type="checkbox"/>	Formulario conoce tu cliente natural para el pagador (cuando es distinto al asegurado).

PERSONA JURIDICA

DOCUMENTOS JURIDICOS	<input type="checkbox"/>	Formulario conoce tu cliente jurídico. (completado en su totalidad).
	<input type="checkbox"/>	Identificación vigente Rep. Legal de la empresa (Ced ó Pasaporte y carnet de residencia)
	<input type="checkbox"/>	Carta pagador
	<input type="checkbox"/>	Certificado de registro público (Vigente 3 meses).
	<input type="checkbox"/>	Pacto social y sus modificaciones.
	<input type="checkbox"/>	Aviso de operación.
	<input type="checkbox"/>	Poder de representante legal o apoderado (cuando no este en Registro Público o en actas).
	<input type="checkbox"/>	Declaración jurada OBLIGATORIA para conocer el beneficiario final con mas del 10% de acciones (persona natural).

REQUISITOS MEDICOS

<input type="checkbox"/>	De 10 días a 23 meses	DS	IP	TV	EMG	EMI	EKG	LAB1
<input type="checkbox"/>	De 24 meses a 17 años	*	*	*				
<input type="checkbox"/>	De 18 a 39 años	*						
<input type="checkbox"/>	De 40 a 49 años	*						
<input type="checkbox"/>	de 50 a 65 años	*				*	*	*

<input type="checkbox"/>	De 10 días a 23 meses	DS	IP	TV	EMG	EMI	EKG	LAB1
<input type="checkbox"/>	De 24 meses a 17 años	*	*	*				
<input type="checkbox"/>	De 18 a 39 años	*			*			
<input type="checkbox"/>	De 40 a 49 años	*			*			*
<input type="checkbox"/>	de 50 a 65 años	*				*	*	*

DS: Declaración de salud
IP: Informe pediátrico
TV: Tarjeta de vacunas
EMG: Ex. físico con médico general

EMI: Exámen físico con internista o cardiólogo
EKG: Electrocardiograma en reposo.
LAB1: Hemograma completo, perfil lipídico completo; Glicemia en ayunas, urianalisis, psa (hombres).

REVISADO POR:	APROBADO POR:
NOMBRE:	NOMBRE:
CARGO:	CARGO:
FIRMA:	FIRMA:
FECHA:	FECHA:
Para uso de la compañía: Lista _____ Matriz _____	
Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá	