

**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: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_  
 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.

Relevo del secreto a todos los médicos a cuyas prestaciones haya acudido o podría acudir, ya sea antes o bien después de la suscripción del presente formulario, como también a los Hospitales, las Clínicas, las Instituciones, los Institutos en general, públicos y particulares, Compañías de Seguros y Reaseguros, que puedan poseer información sobre mi persona, a los que la Compañía quisiera recurrir, autorizándoles expresamente e invitándoles a facilitar toda información, certificación y documentación necesaria, Autorizo además que LA REGIONAL DE SEGUROS, S.A., suministre informaciones sobre mi persona a otras personas o Instituciones por necesidades técnicas, estadísticas, de seguros o de reaseguros.

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:     /     /

2013-LRDS-ACCIDENTES PERSONALES/ 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

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá