

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR

Apellidos, Nombres	Parentesco	N° Cédula o Pasaporte	% Distribución

INFORMACIÓN ADICIONAL

Mantiene otras pólizas vigentes con esta u otra compañía de seguros?

☐ No

☐ Si

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

Estatura:

Mts o Pies y pulgada

Peso:

Lbs o Kgs

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

¿Sufre o ha sufrido usted de alguna enfermedad o lesión?

☐ No

☐ Si

, en caso afirmativo dar detalles, diagnostico, fecha, nombre del Dr. Que le atiende o atendió.

¿Tiene pendiente por realizar alguna operación, exámenes médicos o toma algún medicamento?

☐ No

☐ Si

, en caso afirmativo dar detalles:

¿Se encuentra bien de salud?

☐ No

☐ Si

, En caso negativo, dar detalles,diagnostico, fecha del padecimiento y medico tratante:

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, publicos 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.

Contratante :

Nombre

Firma

Fecha

Asegurado:

Nombre

Firma

Fecha

Firma del Productor :

Nombre

Firma

Código:

Fecha



La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá bajo Resolución N° DRL-58 de 14 de octubre de 2013

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