



I Primera Parte

Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ninguna información.

1. Datos Generales del Propuesto Asegurado

1.1 Personales

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F M

Cédula: /Pasaporte _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros _____

Nombre completo del cónyuge: _____ Cédula _____

Lugar de Nacimiento: _____
Ciudad / País

Teléfonos: Residencia _____ Celular _____ Oficina _____

Nota: Si es de nacionalidad extranjera y tiene menos de 5 años de residir en la República de Panamá, debe completar el cuestionario de Extranjeros.

1.2 Dirección Residencial

Calle o Avenida _____ Casa o Edificio/Condominio _____

No. Apartamento _____ Urbanización/Área Poblada _____ Provincia: _____

Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____

Apartado Postal donde desea recibir correspondencia: _____ E-mail: _____

1.3 Datos de Trabajo

Profesión: _____ Ocupación/Actividad Actual: _____

Describa sus funciones _____

¿Cuánto tiempo lleva en esta ocupación? _____ Otras ocupaciones actuales: _____

Ocupaciones anteriores: _____ ¿Piensa usted cambiar de Ocupación? Si No

En caso afirmativo explique: _____

Empresa donde trabaja: _____ No. de empleado público: _____

2. Datos Generales del Contratante/Dueño de la Póliza

Solo si es diferente al propuesto Asegurado

2.1 Persona Jurídica:

Nombre de la empresa o razón social _____ R.U.C.

Representante Legal: _____

2.2 Persona Natural:

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F M

Cédula: /Pasaporte _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

3. Detalle de los seguros en vigor a su nombre

Compañía	Seguro de Vida (Suma Asegurada)	Muerte Accidental (Suma Asegurada)	Seguro de Salud	Año de Emisión

¿Se le ha rechazado, cancelado, aplazado, recargado o modificado alguna vez, seguro de vida o contra accidente o enfermedades, o negado su rehabilitación? Si No En caso afirmativo indíquese:

Compañía	Cantidad	Fecha

¿Tiene usted pendiente alguna solicitud de seguro de vida, salud o rehabilitación en alguna otra compañía? Si No

En caso afirmativo, favor detallar: _____

4. Estilo de Vida

1. Ha viajado como piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario de Aviación.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. Ha participado o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, paracaidismo, buceo, u otras actividades peligrosas? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario De Deportes y Actividades Peligrosas.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? A) ¿En caso afirmativo, fecha del último cigarrillo _____ Cuantos al día _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha usado cualquier otro producto conteniendo nicotina en los últimos doce meses? A) ¿En caso afirmativo, cuál, y cada cuánto lo usa? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha sido condenado por un crimen?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha sido condenado por manejar bajo la influencia del alcohol y/o drogas, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al alcohol o a las drogas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario de Viaje.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nota: Si en el transcurso de los próximos dos (2) años y únicamente en ese tiempo, contados a partir de la fecha de esta solicitud, yo efectuare algún cambio en mi actividad o llegara a practicar algún deporte, pasatiempo u ocupación peligrosa, quedo comprendido a dar aviso de inmediato a la Compañía.

5. Póliza y Beneficios

Plan _____ Suma Asegurada _____

Opción A B Duración _____ años

Vida	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/>	Prima Planeada _____
Exoneración de Prima	<input type="checkbox"/>	Beneficio de incapacidad anticipada (BIPA)	<input type="checkbox"/>	Prima Mínima _____
Muerte Accidental	<input type="checkbox"/>	Accidentes Personales	<input type="checkbox"/>	
Muerte Accidental y Desm.	<input type="checkbox"/>	Otro Asegurado	<input type="checkbox"/>	
Pago Adicional por Incapacidad Total (PACI)	<input type="checkbox"/>	Otros: _____	<input type="checkbox"/>	

6. Información Financiera

Ingreso	Año en curso	El año pasado
Salario Anual		
Dividendos		
Otros ingresos		
Valor Neto		

7. Responsable de Pago: Completar solo si es distinto al Asegurado

Persona Jurídica

Nombre de la Empresa o Razón Social: _____

RUC

Persona Natural

1er Apellido: _____ 2do Apellido _____ Apellido de Casada _____

1er Nombre: _____ 2do Nombre: _____ Sexo: F M

Cédula/Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____

Dirección de Cobros:

Urbanización o área poblada: _____ Corregimiento: _____

Calle o avenida: _____ Casa o edificio/condominio _____

Nº de apartamento _____ Distrito _____ Provincia _____

Apartado Postal _____ E-mail: _____ Teléfono Residencia: _____

Cel/Teléfono _____ Oficina _____ Fax _____ Otro _____

8. Forma de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: _____

Nº de tarjeta:

MasterCard Visa AMEX Diners

Vencimiento: Mes _____ Año _____

Favor firmar autorización de descuento:

2- Transferencia electrónica ACH
Nota: llenar Formulario ACH

3- Desc. Directo Cuenta Corriente

4- Transferencia de fondos (Banca en Línea)

5- Pago voluntario

6- Descuento de planilla

Día de Pago: _____

Periodicidad:

1. Mensual

3. Trimestral

5. Semestral

2. Bimestral

4. Cuatrimestral

6. Anual

9. Beneficiarios

La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal o en su defecto el contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentajes.

Principales					
Primer Apellido/Segundo Apellido	Primer Nombre/Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nac. Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje

No se permite borrones, tachones ni líquido corrector en esta sección

Contingentes					
Primer Apellido/Segundo Apellido	Primer Nombre/Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nac. Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje

No se permite borrones, tachones ni líquido corrector en esta sección

10. Instrucciones especiales para el pago de beneficios

(1) que si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la póliza que le corresponda sea entregado para su libre administración a:

Nombre: _____ Cédula: _____ Parentesco: _____

(2) que si a mi fallecimiento no existieren Beneficiarios Principales y el o los Beneficiarios Contingentes fueren menores de edad, el producto de la póliza que le(s) corresponda sea entregado para su libre administración a:

Nombre: _____ Cédula: _____ Parentesco: _____

(3) que todas las instrucciones se sujeten a las estipulaciones o cláusulas generales y especiales de la póliza. Si el producto de la póliza ha sido cedido a persona natural o jurídica distinta a los beneficiarios designados, la Compañía de Seguros considerará esta instrucción nula y sin valor. De haber algún sobrante luego de cumplida la obligación contraída por cualquier CESIÓN, la Compañía de Seguros lo entregará a los beneficiarios que tengan derecho a recibirlo conforme a estas Instrucciones Especiales.

Salvo que se estipule en sentido contrario: (A) El producto se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como Beneficiarios Principales que sobrevivan al Asegurado, pero si no sobreviviere ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiarios Contingentes que sobrevivan al Asegurado, y (B) Resérvese al dueño el derecho de cambiar beneficiario.

11. Cesión Subsidiaria

_____ quien recibe los derechos de propiedad de la Póliza, hasta donde aparezcan sus intereses.

Banco _____ Otros _____ Suma _____

II Segunda Parte

1. Historia Médica (Debe completarse cuando no se exige un examen médico)

Declaraciones que el solicitante hace en lugar del examen médico y que constituyen una continuación y forman parte de la solicitud presentada a Assa Compañía de Seguros, S. A., Panamá, República de Panamá.

Nota al Agente: Cada pregunta deberá ser leída al solicitante.

Nota al Solicitante: Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud. Contesté "Sí" o "No" a cada pregunta. Cada vez que la respuesta sea "Sí", especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación dando las fechas, gravedad, resultados, nombres con direcciones de los médicos y hospitales, etc.

1. a) Nombre y dirección de su médico particular o el último médico que consultó, si no tiene sírvase indicarlo.
 b) ¿Cuándo le consultó por última vez y por qué? _____
 c) ¿Qué tratamiento le fue suministrado o qué medicamentos le fue recetado? _____

2. Estatura Exacta (mts): _____ Peso Exacto (lbs) _____ ¿Ha disminuido de peso en el último año? Cuánto _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si alguna de estas preguntas ha sido contestada "SI" sírvase dar detalles con respecto a fechas diagnósticos, nombre del médico, etc.
3. ¿Tiene usted algún menoscabo de vista u oído? Dé detalles.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. Según su leal saber y entender, ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (subraye la frase pertinente)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
a) ¿Presión arterial elevada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
b) ¿Soplos, angina de pecho, ataque del corazón, enfermedades del corazón, dolor alrededor del corazón, palpitaciones o enfermedad del sistema circulatorio o anomalía en la sangre?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
c) ¿Cáncer?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
d) ¿Tumor, quiste o crecimiento de cualquier clase?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
e) ¿Tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, alergias o cualquier trastorno de los pulmones, o vías respiratorias?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
f) ¿Ataque cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o cualquier otro desorden cerebral o del sistema nervioso?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
g) ¿Isquemia cerebral transitoria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
h) ¿Fiebre reumática, artritis, gota, neuritis, ciática, o cualquier trastorno de la espalda, columna, huesos, articulaciones o músculos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
i) ¿Diabetes, azúcar en la orina o azúcar elevada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
j) ¿Bocio o problema de tiroides o cualquier trastorno del metabolismo? ¿Le han recomendado el uso de insulina o metaformina?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
k) ¿Molestia estomacal, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastornos de la vesícula o del hígado, hemorroides o cualquier molestia del recto, helicobacter pylori?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
l) ¿Nefritis, albúmina en la orina, cálculos en los riñones, vejiga o vías urinarias o cualquier trastorno de los riñones o conductos genitourinarios, sangre en la orina?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
m) ¿Se le ha hecho electrocardiogramas, rayos X, CAT, resonancia magnética, tratamiento de radioterapia? ¿Porqué?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
n) ¿Cualquier enfermedad, operación, lesión o deformidad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. ¿Ha recibido usted exámenes físicos o chequeos periódicos o ha estado bajo tratamiento en alguna clínica o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico quirúrgico o ha estado recluido en algún hospital durante los últimos 10 años, fuera de lo arriba declarado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6. ¿Según su leal saber y entender, ¿Padece usted ahora de algún menoscabo físico, deformidad o ausencia de buena salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. ¿Ha consultado algún profesional por nervios o estrés?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8. ¿Le han recomendado, ha hecho uso o hace uso actualmente de medicina para el corazón o para presión arterial? ¿Tiene colesterol o triglicéridos altos? ¿Tiene glicemia elevada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

9. a) ¿Ha venido usando o hace uso de sedantes? ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
b) ¿Se ha sometido o ha sido aconsejado someterse a tratamiento por alcoholismo o hábito de drogas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
10. ¿En los últimos diez (10) años usted ha tenido pruebas serológicas con resultados positivos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
11. ¿Ha tenido o le han dicho que tenía Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida ("SIDA") Complejo Relacionado al Sida (CRS), o condiciones relacionadas con el SIDA?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
12. Para Mujeres		
a) Según su leal saber y entender:		
1 ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo, ¿Cuántos meses tiene? Dé nombre y dirección del médico que la atiende y adjunte certificado médico de su ginecólogo sobre la evaluación de su embarazo.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2 ¿Ha tenido usted o le han informado tener algún tumor o trastorno de las mamas, matriz, trompas, ovarios o del útero, o cualquier trastorno de los órganos femeninos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
b) ¿Ha tenido usted abortos o complicaciones durante el embarazo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
c) ¿Son regulares sus períodos menstruales?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
d) Número de hijos: _____ Edad del menor: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
14. Para Hombres		
a) ¿Se le ha encontrado un valor de PSA mayor de 2.5?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
b) ¿Padece prostatitis, hipertrofia prostática benigna, nódulo prostático?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
c) ¿Se le ha aconsejado o realizado biopsia de próstata?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
d) ¿Se le ha operado de la próstata?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

2. Historia Familiar				
Parentesco	Edad de vivos	Estado de Salud, Dé detalles completos de cualquier enfermedad que sufran	Edad al Fallecer	Causa de la Muerte
Padre				
Madre				
Cónyuge				
Hijos: No. de Vivos () No. de Muertos ()				
Hermanas: No. de Vivos () No. de Muertos ()				
Hermanos: No. de Vivos () No. de Muertos ()				
Entre sus parientes inmediatos, ¿ha habido casos de diabetes, cáncer, tumores, epilepsia, presión arterial elevada o enfermedades del corazón				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, dar detalles: _____				

III Tercera Parte Autorizaciones y Firmas

1. Autorización del paciente para suministrar datos y revelar información profesional

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional a Assa Compañía de Seguros, S.A., o a mi corredor de seguros. Renuncio, exoneró y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o releven de cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada.

2. Autorización para solicitar y suministrar información de crédito

Doy mi consentimiento y autorizo a Assa Compañía 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 Assa Compañía de Seguros, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

3. Condiciones especiales y limitaciones aceptadas por el solicitante

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la primera a la segunda parte conjuntamente y que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. Expresamente renuncio, en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquier póliza emitida en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que prohíba a un médico u otra persona que me haya asistido o examinado, o que me pueda examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento o información adquiridos por tal médico.

Por este medio hago constar que todas las declaraciones hechas aquí en la primera o en la segunda parte de esta solicitud, así como las hechas al médico examinador son verídicas y han sido suministradas por mí a fin de obtener la póliza solicitada y convengo en que:

- (1) La Compañía no contraerá fraude.
- (2) Cualquier promesa o declaración hecha por un agente u otra persona no obligará a la Compañía a menos que se haga por escrito y sea aprobada por la Compañía.
- (3) Mi aceptación de la póliza que se emita en base a esta solicitud, constituirá el perfeccionamiento legal del contrato, y mi conformidad con cualquiera de los cambios anotados por la Compañía en el espacio "Observaciones".
- (4) Si dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de esta solicitud no recibiere la póliza o si no se notificara su aprobación o rechazo durante tal período, se considerará rechazada.
- (5) Acepto que el pago de cualquier prima inicial que se consigne para la tramitación de esta solicitud solo conllevará la responsabilidad de la Compañía que se estipule en el Recibo Condicional identificado con el mismo número de esta solicitud. El pago que la Aseguradora se obliga efectuar de conformidad con los mismos términos y condiciones del Recibo Condicional, está basado únicamente y exclusivamente en la mera liberalidad de la Aseguradora de hacer dicho pago en la forma allí establecida, quedando entendido que el mencionado Recibo Condicional, no es la póliza de Seguro. Convengo en que cualquier pago que la Aseguradora efectúe en base al Recibo Condicional no será en ningún caso mayor de B/.100,000.00, aunque el pago inicial recibido para la tramitación de esta solicitud sea por la totalidad de la suma asegurada solicitada.
- (6) Si no fuere hecho pago alguno con esta solicitud, no existirá responsabilidad alguna de parte de la Compañía, en base al Recibo Condicional o cualquier otro documento, sino hasta que me sea entregada una póliza estando yo en buena salud y sea pagada la primera prima.
- (7) Acepto todos los términos y condiciones contenidos en el Recibo Condicional.

Firmado en _____, el _____ de _____ de _____.

Firma del Propuesto Asegurado

Firma del Contratante o Dueño de la Póliza
(solo si es diferente al Propuesto Asegurado)

Firma del Corredor de Seguros

Fundamento Legal: N.º 24 del 22 de mayo de 2002.

Informe del agente

- 1.- ¿Desde cuándo conoce usted al Propuesto Asegurado? _____
- 2.- ¿En cuánto estima su valor neto? _____
- 3.- ¿A cuánto asciende su ingreso mensual? _____
- 4.- ¿Tiene usted conocimiento de alguna información sobre el carácter, ocupación, actividades que practica o salud del Propuesto Asegurado, que pudiera afectar el riesgo y que no ha sido declarada en la solicitud? En tal caso, dé detalles. _____
-
- 5.- Dé dos nombres y respectivas direcciones de personas que conozcan bien al Propuesto Asegurado, que no estén emparentadas con él y que puedan dar información fidedigna acerca del Solicitante.
- Nombre:** 1 _____ 2 _____
- Dirección:** 1 _____ 2 _____
- Teléfonos:** 1 _____ 2 _____
- 6.- ¿Para solicitudes con requisitos financieros, dé una referencia bancaria y una referencia comercial.
- Institución Bancaria Sucursal _____ No. de Cuenta _____
- Institución Comercial Sucursal _____ No. de Cuenta _____
- Adjuntar si es necesario, Formulario de Activos y Pasivos en el Informe Financiero.

Observaciones

Nota: Espacio reservado para comentarios adicionales del cliente o corredor

Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido contestada correctamente según mi leal saber, y entender recomendando al Propuesto Asegurado.

Firma del Corredor _____ Firma de la Agencia _____

Recibo condicional

Asa Compañía de Seguros, S.A.

R.U.C. 3724-103-53659 D. V. 43

Panamá, República de Panamá

Recibí de: _____ Cédula: _____

la cantidad de: _____ en concepto de la prima de seguro(s)
solicitada por la suma asegurada de: _____

a cuyo efecto hoy se ha radicado solicitud con **Asa Compañía de Seguros, S.A.**, en unos de sus formularios impresos que lleva el mismo número y fecha que este recibo, sujeto a los términos y condiciones impresos al dorso del mismo.

Fechado en Panamá el día _____ de _____ de _____

Este recibo no debe desprenderse, a menos que se haya recibido la primera prima con la solicitud.

Agente

(Favor confeccionar cheque a nombre de **Asa Compañía de Seguros, S.A.**)

Apartado 0816-01622 • Teléfonos: 300-ASSA (300-2772) • Fax: 300-2721 • www.assanet.com

Términos y Condiciones

- 1.- La Compañía pagará el Seguro de Vida solicitado hasta un máximo de B/.100,000.00, en caso de que el Solicitante fallezca en cualquier momento a partir de la fecha de la solicitud respectiva, siempre y cuando se haya cumplido con el requisito de examen médico o se haya llenado la **Segunda Parte** de la solicitud (si no se requiere examen médico, de acuerdo con las reglas de la Compañía) y hasta tanto la Póliza haya sido emitida o rechazada de conformidad con los términos que han sido aceptados por el Solicitante. Lo anterior queda sujeto a las estipulaciones de la solicitud de Seguro de Vida de que forma parte este Recibo Condicional, y será indispensable que se presenten a la Compañía pruebas satisfactorias de que dicha fecha el Solicitante era asegurable como riesgo normal de acuerdo con las normas de la Compañía que rigen con respecto a la aceptación de riesgos y que la solicitud era también aceptable bajo los reglamentos de asegurabilidad de riesgos de la Compañía para el plan y monto solicitados. Quedan expresamente **excluidos de esta protección provisional cualesquiera Contratos Suplementarios y Complementarios que hayan sido solicitados conjuntamente con el Seguro de Vida básico**. Cualquier exceso sobre B/.100,000.00 que haya sido solicitado sobre la vida del Solicitante no estará en vigor sino hasta que la Compañía se lo notifique por escrito al Solicitante o le entregue la póliza respectiva donde conste que toda la cantidad de Seguro de Vida solicitado está en vigor.
- 2.- Si la Compañía rehusa aceptar la solicitud y por lo tanto, no emite la póliza de acuerdo con el plan, la cantidad y tipo de prima solicitados, no contraerá ningún compromiso en virtud de la solicitud ni de este recibo. En tal caso, la Compañía reintegrará al Solicitante la suma pagada por él contra entrega de este recibo.
- 3.- Este Recibo Condicional no será válido, a menos que:
 - (a) la descripción de pago a que se hace referencia en este recibo concuerde con la cantidad y modo de pago descritos en la solicitud;
 - (b) el nombre y número de cédula del Solicitante indicado en el presente recibo sea idéntico al que aparece en la solicitud;
 - (c) la fecha y número de este recibo y de la solicitud sean iguales.
- 4.- Si el Asegurado muriese a causa de suicidio, en estado de cordura o locura, mientras este Recibo Condicional esté en vigor, o dentro de dos años a partir de la fecha de emisión de la póliza solicitada, la responsabilidad de la Compañía se limitará a devolver las primas percibidas en conexión con la póliza, menos cualquier adeudo pendiente de pago contra la misma.
- 5.- Este recibo quedará nulo y sin valor si se efectúa cambio en sus términos o condiciones.