

SOLICITUD DE LICENCIA DE AGENTE DE VENTAS DE SEGUROS

Favor completar en letra impresa

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada
Primer Nombre	Segundo Nombre	
Cédula	Seguro Social	Estado Civil
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
Dirección Residencial (Barriada, Calle, Edificio, Casa o Apartamento)		
Corregimiento	Distrito	Provincia
Lugar de Trabajo		
Dirección Laboral		
Apartado Postal	Correo Electrónico (e-Mail)	
Teléfono Residencial	Teléfono Oficina	Celular
DATOS DEL CÓNYUGE		
Nombre Completo del Cónyuge (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		
Cédula	Lugar y Fecha de Nacimiento	
Lugar de Trabajo	Teléfono de Contacto	
INFORMACIÓN DE LOS HIJOS		
Nombre	Fecha Nacimiento	Profesión

INFORMACIÓN DEL PADRE			
Nombre Completo (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			
Cédula	Lugar y Fecha de Nacimiento		
Profesión	Lugar de Trabajo		
INFORMACIÓN DE LA MADRE			
Nombre Completo (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			
Cédula	Lugar y Fecha de Nacimiento		
Profesión	Lugar de Trabajo		
REFERENCIAS PERSONALES (que no sean familiares)			
Nombre	Profesión	Relación	Teléfono
OTRA INFORMACIÓN			
¿Ha ejercido anteriormente la profesión de agente de ventas de seguros?		De ser así, indicar número de licencia y nombre de la aseguradora	
¿Ha ejercido o ejerce la profesión de corredor de seguros?		De ser así, indicar número de licencia	
¿Tiene algún familiar o conocido que labore en la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá como funcionario o miembro de Junta Directiva?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No tengo conocimiento			
En caso afirmativo, indicar los nombres:			
Nombre		Relación	

Certifico que los datos anteriormente expresados son verídicos y autorizo a la Superintendencia de Seguros y Reaseguros para verificar esta información.

Firma	Fecha
-------	-------