

## SOLICITUD DE LICENCIA DE AGENTE DE VENTAS DE SEGUROS

**Favor completar en letra impresa**

<b>DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE</b>		
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
<b>DATOS DEL CÓNYUGE</b>		
Nombre Completo del Cónyuge (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		
Cédula	Lugar y Fecha de Nacimiento	
Lugar de Trabajo	Teléfono de Contacto	
<b>INFORMACIÓN DE LOS HIJOS</b>		
Nombre	Fecha Nacimiento	Profesión

<b>INFORMACIÓN DEL PADRE</b>			
Nombre Completo (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			
Cédula	Lugar y Fecha de Nacimiento		
Profesión	Lugar de Trabajo		
<b>INFORMACIÓN DE LA MADRE</b>			
Nombre Completo (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			
Cédula	Lugar y Fecha de Nacimiento		
Profesión	Lugar de Trabajo		
<b>REFERENCIAS PERSONALES (que no sean familiares)</b>			
Nombre	Profesión	Relación	Teléfono
<b>OTRA INFORMACIÓN</b>			
¿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
-------	-------