

ASEGURADORA ANCÓN, S.A.						Solicitud N° _____	
SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA							
I. ASEGURADO PROPUESTO							
Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
						Fecha de Nacimiento	
						Día Mes Año	
N° de Cédula:		N° Seguro Social:		Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Estado Civil:		Dirección Residencial:					
Teléfonos:		"e-mail":		Apartado:		Zona: Ciudad: País:	
Empresa donde Trabaja:				Teléfono:		Fax:	
Apartado:		Zona: Ciudad: País:		Profesión:		Posición:	
Funciones Actuales:				Años en este trabajo:		Ingreso Anual:	
¿Qué otra actividad practica?				¿Qué deportes practica?			
¿Qué vehículos maneja?				¿Maneja moto?		¿Es piloto? ¿Toma o ha tomado clases de aviación?	
¿Con qué frecuencia viaja en avión?				¿Viaja en avión de línea aérea comercial?		¿Utiliza aviones privados?	
¿A que ciudades viaja?				¿Tiene pendiente algún viaje o actividad peligrosa? Explique:			
II. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL (Incluye cobertura en seguros colectivos o de grupo.)							
Compañía Aseguradora		Año de Emisión		Suma Asegurada en Vida		Suma Asegurada Muerte Acc.	
¿Piensa cancelar algún seguro de vida en vigor? Explique:							
¿Alguna vez le han negado, rechazado, diferido, cancelado, modificado o negado la solicitud o la rehabilitación de un seguro de vida, de accidentes o de salud? Si la respuesta es SI , indique el nombre de la compañía aseguradora y la fecha cuando sucedió.							
¿Tiene pendiente alguna solicitud o alguna rehabilitación de seguro de vida en otra aseguradora? Si la respuesta es SI , indique el nombre de la compañía aseguradora, la suma asegurada y la fecha.							
III. PLAN DE SEGURO SOLICITADO							
Modelo de Póliza:		Suma Asegurada:		Modo de Pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual			
Forma de Pago: ☐ Voluntario ☐ Descuento de Planilla 11 meses ☐ Descuento de Planilla 12 meses ☐ Cuenta Bancaria ☐ Cargo a Tarjeta de Crédito							
Dirección y fecha de cobro:				☐ 1 ^{ra} quincena ☐ 2 ^{da} quincena			
Nombre del Pagador de Prima, si no es el Propuesto Asegurado:				Fecha de Nacimiento:		Edad:	
N° de Cédula o R.U.C.				Fecha de Nacimiento (sí es persona natural):			
Prima pagada con esta solicitud: B/. _____				☐ Al contado ☐ Cheque # _____		Banco: _____	
IV. COBERTURAS y ENDOSOS ADICIONALES							
☐ Muerte Accidental y Desmembramiento B/. _____				☐ Incapacidad Total y Permanente B/. _____			
☐ Exoneración del pago de primas por incapacidad				☐ Beneficio para Enfermedades Graves B/. _____			
☐ Aditamento para Acreedor Hipotecario				☐ Otros _____			
V. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS							
Beneficiarios Principales		Edad	Parentesco	%	Beneficiarios	Edad	Parentesco
Instrucciones Especiales:							
Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a _____ Con Cédula de Identidad Personal # _____, y en su defecto a _____ con Cédula de Identidad Personal # _____, a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma de dinero que reciba(n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse a esta(s) persona (s) como beneficiario(s) de este seguro.							
VI. ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE CUANDO NO SE REQUIERE EXAMEN MÉDICO Y EL CORREDOR TIENE LA DEBIDA AUTORIZACIÓN. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, CIRCULE LA CONDICIÓN Y DÉ DETALLES EN LA COLUMNA DE EXPLICACIÓN QUE SIGUE A CADA PREGUNTA. (Incluya diagnóstico, fecha, duración, nombres y direcciones de todos los médicos que intervinieron y la institución de salud donde estuvo recluido).							
¿Ha recibido alguna vez tratamiento para, o le han indicado que ha sufrido de:					SÍ	NO	Explicación
Cualquier enfermedad en los ojos, oídos, nariz o garganta?					☐	☐	
Mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, convulsiones, epilepsia, dolor de cabeza, defecto del habla, parálisis o ataques, enfermedad mental o nerviosa?					☐	☐	
Respiración entrecortada, ronquera o tos persistente, esputos sanguíneos, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o cualquier otra enfermedad respiratoria crónica?					☐	☐	
Dolor en el pecho, angina, valvulopatías, palpitaciones, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque del corazón u otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio o sufre de presión alta o baja??					☐	☐	
Ictericia, sangrado intestinal, úlcera del estómago, del duodeno, dispepsia, hemia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otra enfermedad del estómago, páncreas, hígado o vesícula, los intestinos o del recto?					☐	☐	
Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, infecciones urinarias, hematuria, litiasis renal, enfermedad venérea, herpes genital, piedra u otra enfermedad de los riñones, vejiga próstata u órganos reproductores?					☐	☐	
Diabetes, tiroides, bocio u otra enfermedad de las glándulas endocrinas?					☐	☐	
Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o enfermedad de los músculos, huesos, incluyendo la columna vertebral, espalda, las articulaciones o coyunturas?					☐	☐	
Alergias, enfermedad de la piel, deformidad, cojera o amputación?					☐	☐	

ASEGURADORA ANCÓN, S.A.		Recibo N° _____	
Apartado 55-1702, Paitilla, Panamá Teléfono: 210-8700 Fax: 210-8790			
RECIBO CONDICIONAL			
Recibí de _____ con Cédula/RUC N° _____ la suma de _____ (B/. _____), para ser aplicada al pago de la PRIMERA PRIMA del seguro de vida correspondiente a: _____ con Cédula N° _____, con suma asegurada de B/. _____. El pago arriba indicado es el que el Asegurado Propuesto acuerda pagar en la Parte II de esta solicitud. Este recibo queda sujeto a los términos y condiciones que siguen a continuación.			
Lugar y fecha de pago: _____			
Firma del Corredor de Seguros _____			

Enfermedad de las glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer?	☐	☐	
Hemorragias, hemofilia, anemia u otra enfermedad de la sangre?	☐	☐	
Alguna vez ha tenido alguna enfermedad física o mental no mencionada arriba?	☐	☐	
VII. CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y EXPLIQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS			
¿Ha hecho uso excesivo de alcohol, tabaco o cualquier droga que cree hábito?	☐	☐	
¿Ha utilizado tabaco (cigarrillos o habanos) en alguna forma durante los últimos doce meses? ¿Cuántos fuma al día?	☐	☐	
¿Ha donado o se ha hecho alguna prueba de sangre o recibido transfusiones?	☐	☐	
¿Le han diagnosticado o tratado por SIDA o AIDS (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida); Síndrome Relacionado (ARC-"Aids-Related Complex"); o cualquier otro desorden inmunológico? ¿Le han efectuado alguna prueba del SIDA?	☐	☐	
¿Ha consultado algún médico o algún psiquiatra durante el último año?	☐	☐	
Indique su peso y estatura . ¿Ha sufrido algún cambio en peso durante el pasado año? ¿Cuántas libras?	☐	☐	PESO:_____lbs. ESTATURA_____m.
Durante los últimos cinco (5) años:			
¿Se ha sometido a exámenes de laboratorio, rayos-x, o cualquier otra prueba médica, examen físico por un médico, sufrido alguna enfermedad, lesión o intervención quirúrgica o ha estado internado en algún hospital o centro de salud?	☐	☐	
¿Se le ha recomendado someterse a pruebas diagnósticas, o que se hospitalice o que se someta a una cirugía?	☐	☐	
¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento, observación médica, o toma algún medicamento o anticonceptivos?	☐	☐	
¿En alguna ocasión ha solicitado o recibido una pensión, beneficios o pago debido a lesión, enfermedad o incapacidad?	☐	☐	
Indique el nombre, dirección y teléfono del médico que regularmente consulta.			
Si es mujer, conteste las siguientes preguntas:			
¿Está embarazada? En caso afirmativo, indique cuantos meses tiene y anote el nombre, dirección y teléfono de su ginecólogo.	☐	☐	
¿Ha padecido alguna vez de trastornos de la menstruación, embarazo de alto riesgo, abortos, partos prematuros o problemas de los órganos femeninos, los senos o hemorragias vaginales?	☐	☐	
VIII. HISTORIA FAMILIAR			
Indique si en su familia ha habido o hay casos de tuberculosis, diabetes, cáncer, presión alta, enfermedad de los riñones, enfermedad mental o suicidio.		☐	☐
	Edad (sí vive)	Edad al morir	Causa de la muerte
Padre			Hermanos
Madre			Hermanas
IX. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO PROPUESTO			
Declaro y hago constar por este medio, que todas las declaraciones y respuestas contenidas en todas las partes de este formulario de solicitud de seguro de vida, así como aquellas hechas al Médico Examinador durante el examen médico requerido por la Compañía, son completas y veraces. Que no he ocultado detalles importantes relacionados con mi estado de salud, y convengo: 1) que la Compañía dispondrá de treinta (30) días hábiles para considerar y darle curso a la presente solicitud, 2) que si se emitiera la póliza, ésta no entrará en vigor hasta tanto no me haya sido entregada personalmente y haya sido aceptada por mí, mientras me encuentre en vida y en buena salud y haya sido pagada la primera prima; 3) que en caso que se emita la póliza en virtud de esta solicitud, las declaraciones y respuestas contenidas aquí y en el formulario del examen médico forman parte del contrato entre la Compañía y el (la) suscrito(a), cuyos originales reposarán en expediente a mi nombre en los archivos de la Compañía. Fechado en _____ el _____ de _____ de _____ Propuesto Asegurado _____ Contratante (si no es el Asegurado Propuesto) _____ Testigo (Corredor de Seguros) _____			
X. DECLARACIÓN DEL CORREDOR			
¿Conoce usted bien al Asegurado Propuesto? _____ ¿Desde que fecha y en que capacidad? _____ ¿Cuáles son los ingresos anuales del Asegurado Propuesto y de que actividades los recibe? _____ ¿Cuál es la necesidad que busca cubrir el seguro aquí solicitado? _____ ¿Con quién reside el Asegurado Propuesto? _____ ¿Tiene cónyuge? _____ ¿Cuál es su nombre completo? _____ ¿Su edad? _____ ¿Tiene seguro de vida en vigor? _____ ¿Qué suma asegurada? _____ Si no tiene, ¿porqué no? _____ ¿Tiene hijos? _____ Indique cuantos y la edad de cada uno. _____ ¿Conoce usted algún problema de salud o sobre el aspecto físico o de cualquier otro hecho que podría afectar el riesgo y que no ha sido declarado en esta solicitud? _____ Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente según mi leal saber y entender, e incondicionalmente recomiendo al solicitante como sujeto de ser asegurado para los propósitos del seguro por él solicitado. Firma del Corredor: _____			

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO			
AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN PROFESIONAL		Panamá __de____de_____	
Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, clínica u hospital, Caja de Seguro Social o cualquier institución de salud, en cualquier parte del mundo donde me hubiesen prestado servicios, para que suministre a ASEGURADORA ANCÓN, S.A. cualquier información médica, incluyendo datos y antecedentes patológicos o información que reposa en pruebas laboratorio, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registro profesionales referentes a mi salud, incluyendo suministrar copia fotostática de los mismos, para lo cual, relevo de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dichos informes o su copia.		Doctor Director Médico Caja de Seguro Social Ciudad	
Fechado en _____ el ____de _____ de _____		Yo, _____ con Seguro Social N° _____ Sobre la base de lo que dispone el Artículo 84-D de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, solicito a usted, muy respetuosamente, que me suministre los datos requeridos en el formulario que le adjunto.	
Propuesto Asegurado _____ Testigo (Corredor de Seguros) _____		Atentamente, Firma: Asegurado Propuesto _____ TESTIGO: Corredor de Seguros _____	

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO	
1. Este seguro surtirá efecto condicionalmente hasta una suma máxima de B/.100,000, desde la fecha de la solicitud (cuando no media un examen médico), o la fecha del examen médico cuando éste es requerido, sujeto a las estipulaciones señalas en la solicitud del seguro, siempre que se presenten pruebas satisfactorias de asegurabilidad a la Compañía, que confirmen que el Propuesto Asegurado era un riesgo normal, de acuerdo a las normas de la Compañía que rigen con respecto a la aceptación de riesgos y que la solicitud era también aceptable bajo los reglamentos y normas de aseguramiento de la Compañía para el plan y la suma asegurada solicitada. Quedan expresamente excluidos de esta protección provisional, cualesquiera contratos suplementarios que hayan sido solicitados en complemento del seguro de vida básico. 2. Si dentro de sesenta (45) días hábiles, a partir de la fecha de esta solicitud, el Asegurado Propuesto no recibiera la póliza o si no se le notificara su aprobación o rechazo durante tal período, la misma se considerará rechazada y la Compañía reintegrará al Asegurado Propuesto o al Contratante la suma pagada por él. Esta devolución invalidará automáticamente este recibo condicional. 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) la fecha, el número de este recibo y de la solicitud, sean iguales.	