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			Edad
				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: ☐1ra quincena ☐2da 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?	☐	☐	

Recibo N°_____

ASEGURADORA ANCÓN, S.A.

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? ¿Cuantos 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 inmunologico? ¿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		¿Cuántos vivos?	¿Cuántos muertos?	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 emitiere 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.

Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a ASEGURADORA ANCÓN S.A., para que traten los datos personales que he incluido en el presente formulario, con el fin de desarrollar las actividades propias de los contratos de seguros, celebrados entre mi persona y la aseguradora.
Los datos suministrados serán tratados de acuerdo con la política de protección de datos de ASEGURADORA ANCÓN S.A. Como Titular de la información tengo derecho a acceder, rectificar, cancelar, oponerme y solicitar la portabilidad de mi información personal, siempre y cuando, no exista un deber legal o contractual que lo impida. De acuerdo con lo anterior, los canales dispuestos para la atención de consultas, quejas y reclamos están publicados en la política de protección de datos de Aseguradora Ancón a través del sitio web https://www.asegurancon.com/. Fundamentada en la Ley 81 de marzo de 2019.

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

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.

Fechado en_____ el ____de _____de _____

_____ _____
Propuesto Asegurado Testigo (Corredor de Seguros)

Panamá ___de_____de_____

Doctor
Director Médico
Caja de Seguro Social
Ciudad

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.

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.