

SOLICITUD DE PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

I. DATOS DEL CONTRATANTE:		POR FAVOR UTILICE LETRA DE MOLDE	
Nombre:		Cédula o R.U.C.:	
Dirección:		Casa #:	
Apartado Postal:	E-Mail:	Tel.:	Fax:
Dirección de Cobros:		Tel.:	

II. DATOS DEL ASEGURADO:	
Nombre y Apellidos:	Cédula:
Dirección:	
Teléfonos:	Apartado Postal:
Fecha de Nacimiento:	Profesión:
Empresa en la que presta servicio:	
Cargo que desempeña:	Lugar (es) donde tributa:
¿Tiene alguna otra ocupación? Si ___ No ___ En caso afirmativo indique en qué consiste:	
Es usted Piloto?: Si ___ No ___ Privado ___ Comercial ___	

IV. VIGENCIA DEL SEGURO:	DESDE:	HASTA:
--------------------------	--------	--------

III. TARIFAS:	SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL
Cobertura Básica:		
Coberturas Adicionales:		
Homicidio Doloso		
Doble Indemnización por Invalidez Total y Permanente		
Muerte Accidental en vuelos de aeronaves privadas		
Incapacidad Temporal por Accidente a partir del _____ día		
Gastos Médicos por Accidente. Deducible: _____		
Indemnización por hospitalización por Accidente o Urgencia Médica		
Total de la Prima		
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> T/C <input type="checkbox"/> Desc. Directo <input type="checkbox"/> ACH	I.T.B.M.	
Modo de Pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	PRIMA TOTAL ANUAL	
# de Recibo:		

V. BENEFICIARIO EN CASO DE MUERTE	CÉDULA	PARENTESCO	%
Adm. Fiduciario			

VI. OTROS DATOS DEL ASEGURADO:	SÍ	NO	EXPLIQUE:
¿Practica algún deporte o pasatiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Padece o ha padecido enfermedades crónicas o graves? (epilepsia, vértigo, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades de los ojos u oídos u otras aquí no especificadas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene alguna mutilación, deformación o defecto físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene algún otro seguro de accidentes personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Declaro que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para la emisión o rehabilitación de este seguro. De igual forma, entiendo que cualquier información falsa, errónea o inexacta puede ser causal del rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Yo, el Asegurado propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, clínica u hospital para que suministre a ASEGURADORA ANCON, S.A. cualquier información médica sobre mi persona.

Queda entendido y acordado que la cobertura de este seguro será efectiva desde la fecha que así lo designe la Compañía, una vez haya evaluado el riesgo. La Compañía tiene el derecho a la prima cobrada desde la fecha de efectividad designada. La Compañía no tramitará ninguna solicitud de seguros que no venga acompañada con el pago de la primera prima.

Hecho en la ciudad de Panamá a las _____ horas del día _____ de _____ de _____.

Firma del Asegurado Propuesto: _____ Fecha: _____

Firma del Contratante: _____ Fecha: _____

Firma y Nombre del Corredor: _____ Licencia N.º: _____