

ACCIDENTES PERSONALES
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PLANES COLECTIVOS

Código de Corredor

Para ser completado por la Compañía solamente			Certificado Número	
Póliza Número	Fecha Efectiva del Certificado	Fecha de Renovación de la Póliza	Aprobado Por:	
	Día Mes Año	Día Mes Año		

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

(Como aparece en la cédula o documento de identificación)

Apellido(s) _____		Cédula o documento de identificación	
Nombre(s) _____		Sexo	Seguro Social No.
Fecha de Nacimiento		F <input type="checkbox"/>	
Día Mes Año		M <input type="checkbox"/>	
Edad		Estado Civil	
Lugar de Nacimiento		<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado
Nacionalidad		<input type="checkbox"/> Viudo	
Dirección Residencial: _____		<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado
Casa/Apartamento _____ Calle _____ Barrio/Corregimiento _____ Distrito/País _____		<input type="checkbox"/> Unido	
Nombre de la Empresa/empleador/Comercio donde trabaja actualmente: _____			
Naturaleza del Negocio: _____		Cargo/Ocupación: _____	
Dirección de la Empresa/Empleador/Comercio: _____			
Teléfono Residencial	Teléfono de Oficina	Celular	Correo Electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACION SOBRE BENEFICIARIOS - COBERTURA ACCIDENTES PERSONALES

Nombre del Beneficiario	Edad	%	Parentesco

*Administrador Fiduciario: _____

(*)En caso de beneficiarios menores de 18 años de edad.

En caso de que sea(n) designado(s) como beneficiario(s), menores de edad deberá estipular o designar el asegurado, una persona mayor de edad que actuará como administrador fiduciario de dicho(s) beneficiario(s) y del monto de seguro en caso de fallecimiento del asegurado durante y hasta la minoría de edad de dicho(s) beneficiario(s).

En caso de que el asegurado designe dos o más beneficiario deberá estipular el porcentaje de seguro que desea que reciba cada beneficiario. Esto podrá ser indicado a base de porcentajes o cualquier otra frase explicativa al respecto.

FAVOR CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

SI NO

1 El propuesto asegurado es Fumador

2 ¿Alguna vez ha tenido, o le han dicho que ha tenido o ha sido tratado por cáncer, leucemia o condiciones precancerígenas incluyendo: cáncer de piel, lunares o alguna lesión crónica, ataque al corazón enfermedad del corazón, dolores de pecho, fiebre reumática, infarto, desórdenes circulatorios, presión alta, enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor, úlcera, enfermedad del hígado o del aparato digestivo, diabetes, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otra glándulas, enfermedad circulatoria o sanguínea?

3 ¿Ha recibido o tiene intención de recibir información médica en relación al SIDA o condiciones relacionadas con él, o en relación a enfermedades de transmisión sexual; o le han dicho que tiene SIDA o el Complejo relacionado con él; o ha tenido o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para el anti cuerpo del virus del SIDA?

4 ¿En los pasados 3 meses, ha tenido alguno de los siguientes síntomas, en forma continua, por más de una semana: fátiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel?

¿Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, cáncer, leucemia, poliomieltis, enfisema, distrofia muscular, esclerosis múltiples o cirrosis del hígado o cualquier desorden del corazón, pulmones, espalda o columna vertebral, infartos, enfermedades sanguínea o renal, enfermedad mental o suicidio?
Indique parentescos: _____

Si alguna de las preguntas fue contestada afirmativamente, favor detallar:

Solo para Mujeres

¿Ha tenido algún trastorno en los senos u órganos de reproducción femeninos?

En caso afirmativo, dar detalle: _____

POR LA PRESENTE DECLARO que a mi mejor conocimiento, información o entender, ninguna persona propuesta para el seguro bajo esta solicitud le ha sido diagnosticado, ni tiene actualmente, ni nunca ha tenido la enfermedad de Cáncer. Estos beneficios no cubrirán condiciones pre-existentes diagnosticadas con anterioridad a la fecha efectiva de la póliza. ACUERDO Y ENTIENDO que los beneficios bajo la póliza solicitada no entrarán en vigor hasta 90 días después de la fecha de efectividad especificada en la Solicitud y en la Póliza. Autorizo por este medio a cualquier Médico, Hospital, Clínica, Buro de Información (MIB) compañía de seguros u otra institución o persona privada o gubernamental que tenga conocimiento de cualesquiera registros de mi persona, dependientes o beneficiarios según el caso, para que pueda dar cualquier información solicitada por Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A.

Dado en _____, el _____ de _____ de _____

Firma del Propuesto Asegurado Nombre del corredor Firma

Firma del Contratante o Propietario, si es distinto del Propuesto Asegurado (Incluir cargo y sello si es una empresa) Representante de la Compañía Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A. Firma