

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 _____ | | <input type="checkbox"/> Unido | |
| Calle _____ | | Barrio/Corregimiento _____ | |
| Distrito/País _____ | | Nombre de la Empresa/empleador/Comercio donde trabaja actualmente: _____ | |
| Naturaleza del Negocio: _____ | | Cargo/Ocupación: _____ | |
| Dirección de la Empresa/Empleador/Comercio: _____ | | Teléfono Residencial <input type="text"/> | |
| Teléfono de Oficina <input type="text"/> | | Celular <input type="text"/> | |
| Correo Electrónico <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

Peso _____ Estatura _____ El propuesto asegurado es Fumador

1

¿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?

2

¿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?

3

¿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?

4

¿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