



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE COLECTIVO DE VIDA - PANAMA

Nombre de la Asociación / Junta / Empresa / Consejo:	Ocupación:	Hombre	Mujer	Sr.	Sra.
--	------------	--------	-------	-----	------

Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------	--------	----------------

Dirección:

Número de teléfono: (xxx)-(xxx)-(xxxxxxxx) Casa: Ofic. Cel:	Dirección de correo electrónico:	Fecha de nacimiento: Día Mes Año
--	----------------------------------	---

Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	¿Desea cubrir a sus dependientes?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No. de personas a cargo, incluido el cónyuge:
--	---	---

DEPENDIENTES PARA SER ASEGURADOS					
1 – Esposo(a)	2 - Cónyuge	3 - Hijo	4 - Hija	5 sobrino	6 – Hijastra(o)
Nombre	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Relación	Dirección		

PARTICULARES DEL PLAN				
	Por favor marque 1, 2 O 3	Vida	AD&D	
Paquete de nivel 1	<input type="checkbox"/>	250,000	250,000	
Paquete de nivel 2	<input type="checkbox"/>	500,000	500,000	
Paquete de nivel 3	<input type="checkbox"/>	1,000,000	1,000,000	

DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO				
Nombre del Beneficiario	Relación con el empleado	Número de cédula o / Número de pasaporte.	Fecha de nacimiento:	% (100)

BENEFICIARIO - Complete la siguiente sección. Usted será el beneficiario de su cónyuge e hijo(s) a menos que especifique lo contrario.				
Nombre del dependiente	Beneficiario	Relación	Fecha de nacimiento:	% (100)

De ser menor de Edad el beneficiario, nombro como administrador fiduciario a: _____ cedula: _____ Parentesco: _____

Me reservo el derecho de cambiar el beneficiario designado anteriormente, sujeto a cualquier requisito legal.

HISTORIAL DE EMPLEO TODOS LOS ELEMENTOS DE ESTA SECCIÓN QUE SE DEBEN COMPLETAR A FONDO

Licencia Médica / Registro No.		Este miembro ha estado activamente trabajando de forma continuada desde la fecha de empleo indicada y actualmente está trabajando a tiempo completo durante un mínimo de 30 horas cada semana. _____ Sello del empleador y firma del administrador
Fecha de registro	Día Mes Año	
Fecha de vencimiento	Día Mes Año	
Fecha de entrada en vigor del seguro	Día Mes Año	

Autorizo a cualquier médico con licencia, médico, hospital, clínica, centro médico, compañía de seguros, oficina de información médica y cualquier otra organización, institución o persona que tenga algún registro o conocimiento de mi salud, a proporcionar dicha información a Sagikor Panamá "Sagikor") y sus reaseguradoras.

.....
Fecha
.....
Firma del propuesto Asegurado
.....
Firma del Testigo