

SOLICITUD PARA SUSCRIPCION DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

INFORMACION DEL EMPLEADO

Apellidos	Sexo	Fecha de Nacimiento			Edad	Ocupación	Estado Civil	
		Día	Mes	Año			Casado	_____
Nombres							Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____ Separado _____ Unido _____	

CEDULA	Dirección:		
---------------	-------------------	--	--

Tel. Residencia:	Tel. Trabajo:	Celular:
-------------------------	----------------------	-----------------

Email: _____

NOMBRE DEL (O) BENEFICIARIOS PRINCIPAL (LES)	PARENTESCO	CEDULA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

NOMBRE DEL (O) BENEFICIARIOS ADICIONALES	PARENTESCO	CEDULA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA EL PAGO DE BENEFICIOS (aplica cuando los beneficiarios son menores de edad)

EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS HA O ALGUNA VEZ HA SIDO DIAGNOSTICADO O TRATADO POR :	Respuesta	
	Sí	No
1. ¿Consultado, sido examinado, o tratado por algún médico o médico practicante?		
2. ¿Tenido un examen de Rayos-X, electrocardiograma, alguna prueba de laboratorio o estudio??		
3. ¿Sido internado o tratado en una clínica, hospital, o sanatorio?		
4. ¿Tenido o le han sugerido una operación quirúrgica?		
5. ¿Consultado un psiquiatría o psicólogo?		
6. ¿Presión arterial, diabetes, desorden en los riñones, en los pulmones, en el sistema nervioso?		
7. ¿Cáncer, tumor quiste, o Algunas de las enfermedades catastróficas: Distrofia muscular, poliomielitis, esclerosis múltiple, Rabia, Escarlatina, Malaria, Tuberculosis, Difteria, Meningitis, Tétano o Encefalitis?		
8. ¿Recibido tratamiento o diagnosticado por alguna enfermedad, condición, embarazo o padecimiento no indicado en este cuestionario? Sí _____ No _____		
9. ¿Ha solicitado seguro de vida o de salud que haya sido denegado o restringido por cualquier causa? Sí _____ No _____		

--	--

Explique:					
10. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo, o adicción a las drogas?	Sí _____	No _____			
11. ¿Practica algún deporte peligroso?	Sí _____	No _____	Especifique _____		
12. Según su mejor conocimiento y creencia, está actualmente en buen estado de salud y libre de cualquier deformidad o defecto físico o mental? Se lo contrario, explique					
Sí _____ No _____ Especifique _____					
En el espacio que sigue favor de incluir detalles de las repuestas afirmativas a las preguntas 1-8 (Usar papel adicional si es necesario)					
NUMERO PREGUNTA	NOMBRE DE LA PERSONA	ENFERMEDAD O ACCIDENTE	FECHAS DEL TRATAMIENTO	FECHA DE RECUPERACION	NOMBRE DEL MEDICO Y/O HOSPITAL

DECLARACIÓN

Yo, el solicitante, declaro que las informaciones contenidas en esta solicitud son fieles y veraces. Entiendo que la solicitud y cualquier formulario formado por mí en conexión con esta solicitud, son la base de cualquier póliza emitida en adelante; y que, si he realizado una declaración falsa resultarán en la cancelación inmediata del contrato. Entiendo que el seguro entrará en vigencia el primer día del mes siguientes a la fecha en la cuál mi solicitud es recibida y procesada por Sagicor Panamá, provisto que el primer pago de la prima sea efectuado en o antes de esa fecha, y que yo no sea elegible para obtener un seguro bajo más de Colectivo de Vida de Sagicor Panamá.

AUTORIZACIÓN

Respectivo a la solicitud del seguro, yo la persona(s) que ha firmado para ser asegurado, por la presente autorizo a cualquier médico autorizado, practicante, hospital, farmacia, clínica u otra facilidad médica, compañía de seguro o reaseguro, cualquier investigador y agencia de seguridad, cualquier agente, corredor o intermediario del mercado, cualquier agencia del gobierno u otra organización o persona que posean cualquier archivo o conocimiento de mi o de mi salud, el proporcionar o recibir cualquier información con el propósito de esta solicitud y contrato y cualquier demanda subsecuente.

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre de la compañía y firma del administrador/ Sello de la compañía