

I Primera parte

Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ninguna información.

1. Datos Generales del Propuesto Asegurado

1.1 Personales

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F M

Cédula:/Pasaporte _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros _____

Nombre completo del cónyuge: _____ Cédula: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

¿Tiene hijos? Si No ¿Cuántos? _____ Fecha de nacimiento del hijo menor: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Lugar de Nacimiento: _____
Ciudad / País

Teléfonos: Residencia _____ Celular _____ Oficina _____

Nota: Si es de nacionalidad extranjera y tiene menos de 5 años de residir en la República de Panamá, debe completar el cuestionario de Extranjeros.

1.2 Dirección Residencial

Calle o Avenida _____ Casa o Edificio/Condominio _____

No. Apartamento _____ Urbanización/Área Poblada _____ Provincia: _____

Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____

Apartado Postal donde desea recibir correspondencia: _____ E-mail: _____

1.3 Datos de Trabajo

Profesión: _____ Ocupación/Actividad Actual: _____

Describe sus funciones: _____

¿Cuánto tiempo lleva en esta ocupación? _____ Otras ocupaciones actuales: _____

Ocupaciones anteriores: _____ ¿Piensa usted cambiar de Ocupación? Si No

En caso afirmativo explique: _____

Empresa donde trabaja: _____ No. de empleado público: _____

Rango de Ingreso Familiar Mensual: Menos de B/. 500.00 B/. 501 a B/. 1,000 B/. 1,001 a B/. 2,000 B/. 2,001 a B/. 3,000
B/. 3,001 a B/. 4,000 B/. 4,001 a B/. 5,000 B/. 5,001 a B/. 6,000 B/. 6,001 a más

2. Forma de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: _____

Nº de tarjeta:

Master Card Visa AMEX Diners

Vencimiento: Mes _____ Año _____

Favor firmar autorización de descuento: _____

2- Transferencia electrónica ACH

Nota: llenar Formulario ACH

3- Desc. Directo Cuenta Corriente

4- Transferencia de fondos
(Banca en Línea)

5- Pago voluntario

6- Descuento de planilla

Día de Pago: _____

Periodicidad:

1. Mensual

3. Trimestral

5. Semestral

2. Bimestral

4. Cuatrimestral

6. Anual

II Segunda Parte

1. Historia Médica

Declaraciones que hace el solicitante y que forman parte de la solicitud presentada a Assa Compañía de Seguros, S.A.

Nota al Agente: Cada pregunta deberá ser leída al solicitante.

Nota al Solicitante: Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud.

Estatura Exacta (Cm): _____ Peso Exacto _____

¿Ha disminuído de peso en el último año?

Si Cuánto _____ No

Ha consultado algún médico por las siguientes enfermedades o ha padecido alguna de ellas?

Enfermedad o defecto del oído y/o vista	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reumatismo o Artritis, Gota	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Glaucoma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anemia, Anemia Perniciosa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Vértigo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tumores Malignos, Cáncer	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades mentales o del sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón, Venas varicosas, Hipertensión arterial, Afecciones coronarias, Aneurismas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Afección de la espina dorsal, Mutilaciones o deformaciones físicas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades de los pulmones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Parálisis	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades de los riñones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Epilepsia, Ataques o Convulsiones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

2. Estilo de Vida

1. Es piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario de Aviación.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. Ha participado o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, paracaidismo, buceo, u otras actividades peligrosas? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario De Deportes y Actividades Peligrosas.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al alcohol o a las drogas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario de Viaje.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Viaja como pasajero en vuelos aéreos privados?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nota: Si en el transcurso de los próximos dos (2) años y únicamente en ese tiempo, contados a partir de la fecha de esta solicitud, yo efectuare algún cambio en mi actividad o llegara a practicar algún deporte, pasatiempo u ocupación peligroso, quedo comprendido a dar aviso de inmediato a la Compañía.

3. Póliza y Beneficios

Plan _____ Suma Asegurada _____

Cobertura Opcional:

Homicidio Doloso Muerte Accidental en avión privado Gastos Médicos Incapacidad Temporal

Nota: Se requiere adjuntar la cotización del plan.

4. Beneficiarios

La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal o en su defecto el contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentajes.

Principales					
Primer Apellido/Segundo Apellido	Primer Nombre/Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nac. Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje

Contingentes					
Primer Apellido/Segundo Apellido	Primer Nombre/Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nac. Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje

5. Instrucciones especiales para el pago de beneficios

- (1) Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la Póliza que le corresponde debe ser entregado, para su libre administración, a

*** _____ ***cédula _____

- (2) Si a mi fallecimiento no existen Beneficiarios Principales y el o los Beneficiarios Contingentes fueren menores de edad, el producto de la Póliza que le(s) corresponda debe ser entregado, para su libre administración a

*** _____ ***cédula _____

- (3) Todas las instrucciones se ajustan a las estipulaciones o cláusulas generales y especiales de la Póliza. Si el producto de la Póliza ha sido cedido a persona natural o jurídica distinta a los beneficiarios designados, la Compañía de Seguros considerará esta instrucción del pago a Beneficiario nula y sin valor. De haber algún sobrante luego de cumplida la obligación contraída por cualquiera **cesión**, la Compañía de Seguros le entregará a los beneficiarios que tengan derecho a recibirlo conforme a estas Instrucciones Especiales.

Salvo que se estipule en sentido contrario: (A) El producto se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como Beneficiarios Principales que sobrevivan al Asegurado, pero si no sobrevive ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiarios Contingentes que sobrevivan al Asegurado, (B) Resérvese al dueño el derecho de cambiar Beneficiario.



Compañía de Seguros

Panamá, República de Panamá

Recibo

No.

Fecha: _____ de _____ de 20 _____

B/. _____

Hemos recibido de _____, portador de la cédula de Identidad personal No. _____, la suma de _____ Balboas en pago por haber entregado hoy en nuestras oficinas una solicitud de seguro de accidentes personales. Este recibo no implica la existencia de un contrato de seguro válido entre el solicitante aquí mencionado y Assa Compañía de Seguros, S.A., el cual sólo será válido cuando conste por escrito, de acuerdo a la legislación vigente en la República de Panamá.

Este recibo no debe desprenderse de la solicitud a menos que se haya recibido el pago con la solicitud

III Tercera Parte Autorizaciones y Firmas

1. Autorización del paciente para suministrar datos y revelar información profesional

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional a Assa Compañía de Seguros, S.A., o a mi corredor de seguros. Renuncio, exonero y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o releven de cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada.

2. Autorización para solicitar y suministrar información de crédito

Doy mi consentimiento y autorizo a Assa Compañía de Seguros, S.A. a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico. Igualmente libero de toda responsabilidad Assa Compañía de Seguros, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la primera a la segunda parte conjuntamente, y que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verdícas, a mi mejor juicio y conocimiento.

Convengo en que ni el Seguro de Accidentes Personales ni los beneficios adicionales solicitados entrarán en vigor hasta que sea emitida la póliza por la Compañía.

Panamá, _____ de _____ de 20 _____

Corredor de seguros - Lic. No.

Firma del solicitante

Firma Corredor

(El contratante deberá firmar si los derechos de propiedad no han de ser concedidos al solicitante. Si se trata de una sociedad anónima o una sociedad colectiva, indíquese el nombre de la Compañía. Fíjese el sello de la Compañía de estar disponible)

Dueño: _____

Firma del contratante

Fundamento Legal: N° 24 del 22 de mayo de 2002.

67B12003

3. Observaciones

Nota: Espacio reservado para comentarios adicionales del cliente o corredor