



SOLICITUD DE SEGURO POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y ENFERMEDADES ESPECÍFICAS NOMBRADAS



Esta solicitud debe ser llenada con letra legible o preferiblemente a computadora, sin tachones, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, podrá ser rechazada.

DATOS DEL CONTRATANTE			
PERSONA NATURAL		<input type="checkbox"/> PERSONA JURÍDICA	Nombre Completo:
Género: M F		Fecha de Nacimiento o Constitución: Día/ Mes/ Año/	R.U.C. / Cédula / Pasaporte:
País de Nacimiento o Constitución:		Nacionalidad:	País de Residencia:
Dirección Residencial:			E-mail:
Tel. Residencia:		Tel. Ofic:	Celular:
Estado civil:		Profesión/Actividad Económica:	
Ocupación Actual:		Empresa donde Trabaja:	
Dirección del Trabajo:		Lugar (es) donde tributa:	
Dirección del Cobro:		Corredor:	
PERFIL FINANCIERO DE PERSONA NATURAL			
Ingreso Anual Actividad Principal		Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s)	
<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil USD anual <input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil USD anual		<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil USD anual <input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil USD anual	
<input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil USD anual <input type="checkbox"/> Más 50 mil USD anual		<input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil USD anual <input type="checkbox"/> Más 50 mil USD anual	
¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), o familiar, colaborador o persona de confianza de un PEP? En caso de afirmativo, explique.			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Identifique si usted ha sido objeto de investigación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique.			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción			
Declaro que todas mis actividades se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:			
Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio: _____			
PERFIL FINANCIERO DE PERSONA JURÍDICA			
Ingreso Anual Actividad Principal		Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s)	
<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual <input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual		<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual <input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual	
<input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual <input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual		<input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual <input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual	
Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal, apoderado o la persona jurídica que representa, son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique.			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal o apoderado de la persona jurídica es una persona expuesta políticamente (PEP). En caso afirmativo, explique.			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción			
Declaro que todas las actividades que ejerce la persona jurídica, se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:			
Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio: _____			
INTEGRANTES DE LA PERSONA JURÍDICA			
Cargo	Nombre	Cédula o Pasaporte	Nacionalidad
Presidente			
Secretario			
Tesorero			
Otro Dignatario			
Director			
Director			
Director			
Representante Legal o Apoderado Registrado			
Accionistas, beneficiarios y/o propietarios reales con más de 10% de las acciones de la sociedad			
Nombre	Nacionalidad	Cédula o Pasaporte	Porcentaje Accionario
Agente Residente			
Nombre:		Dirección:	

Cobertura			
Tipo de Suscripción	Prima Mensual	Forma de Pago	Modo de Pago
Asegurado solo	B/.	Descuento Bancario <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>
		Descuento de Salario <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
Asegurado y cónyuge	B/.	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>
		Voluntario (Anual) <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>
Asegurado y familia	B/.		
Impuesto (Ley 1, 1986)	B/.	Prima Pagada B/. _____ + _____ Total: B/. _____	
Total	B/.	Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> No. _____ Recibo _____	

Datos del asegurado y los dependientes a ser incluidos en la póliza								
Nombres y Apellidos	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Peso	Estatura	Parentesco	Nacionalidad

EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por enfermedad o condición pre-existente se entiende que es cualquier condición, enfermedad, lesión, síntoma, dolencia o alteración de la salud que **se manifiesta o aparece por primera vez, o se trata médicamente antes de la fecha de efectividad de la póliza.**
Las condiciones pre-existentes no declaradas en la solicitud no serán cubiertas en ningún momento.

Explique detalladamente cualquier condicion abajo indicada donde la respuesta es <u>SI</u> para usted o sus dependientes. Si es necesario adjunte hojas adicionales.	Principal		Cónyuge		Hijos	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿Ha sido usted o algún miembro de su familia tratado por o se le ha diagnosticado cáncer o se le ha recomendado someterse a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba tendiente a descubrir un posible tumor maligno, leucemia, o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer, incluyendo cáncer de la piel, papanicolau de cervix o PSA, hasta la fecha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha sido tratado o ha tenido conocimiento de que tenga problemas o padecimientos de: los músculos, espalda (columna vertebral), epilepsia o alguna condición neurológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido hospitalizado por algún motivo o ha sufrido operación quirúrgica durante los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha padecido usted o ha estado en contacto con una persona que haya padecido de poliomielitis, encefalitis, rabia, tétano, malaria, fiebre tifoidea, tuberculosis, meningitis o difteria? ¿Ha viajado usted en los últimos 6 meses a regiones afectadas por estas enfermedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Es usted fumador? ¿Desde cuándo? ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? ¿Ha fumado alguna vez? ¿Por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado "Si" a alguna de las preguntas anteriores, detalle a continuación:				
Nombre del Asegurado	Resp. #	Parentesco Familiar	Lugar / Fecha	Nombre y dirección de Médicos y Hospitales

Declaro bajo la seriedad del juramento, que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para la emisión o rehabilitación de este seguro. Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, laboratorio, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra Institución Gubernamental o cualquier otro proveedor de cuidado de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupo que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización, a dar a Aseguradora Ancón, S.A. o su representante autorizado esta información, la cual puede incluir información sobre tratamiento psiquiátrico, tratamiento contra el uso de drogas narcóticas o de alcohol. También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mí o mis dependientes a dar tal información a Aseguradora Ancón, S.A. o a su representante autorizado. Por tal efecto, una fotocopia de esta solicitud será tan valida como su original. Queda entendido y acordado que la cobertura de este seguro será efectiva en la fecha que así lo designe la Compañía, una vez haya evaluado el riesgo. La Compañía tiene el derecho a la prima cobrada desde la fecha de efectividad designada. La Compañía no tramitará ninguna solicitud de seguros que no venga acompañada con el pago de la prima inicial.

Expresamente autorizo a ASEGURADORA ANCÓN, S.A. para que consulte las referencias que mantengo en la base de Datos de la Asociación Panameña de Crédito (APC) o en la base de datos de cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, así como también para que consulte a dichas entidades los resultados de cualquier análisis o tratamiento de dichos datos que surjan de mi historial de crédito y para que suministre la información sobre mi historial de crédito a aquellos agentes económicos que la soliciten conforme lo establecido en la ley vigente. Igualmente autorizo a ASEGURADORA ANCON, S.A. para que recopile, comparta, transmita y suministre a la ASOCIACION PANAMENA DE CREDITO (APC) o a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, los datos sobre el historial de crédito que mantenga con la aseguradora. Autorizo a ASEGURADORA ANCÓN, S.A., a la ASOCIACION PANAMENA DE CREDITO (APC) y a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, a consultar con mi total consentimiento el Sistema de Verificación de Identidad (SVI) del Tribunal Electoral con el objetivo de validar mis datos de identificación.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas.

Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a ASEGURADORA ANCÓN S.A., para que traten los datos personales que he incluido en el presente formulario, con el fin de desarrollar las actividades propias de los contratos de seguros, celebrados entre mi persona y la aseguradora. Los datos suministrados serán tratados de acuerdo con la política de protección de datos de ASEGURADORA ANCÓN S.A. Como Titular de la información tengo derecho a acceder, rectificar, cancelar, oponerme y solicitar la portabilidad de mi información personal, siempre y cuando, no exista un deber legal o contractual que lo impida. De acuerdo con lo anterior, los canales dispuestos para la atención de consultas, quejas y reclamos están publicados en la política de protección de datos de Aseguradora Ancón a través del sitio web <https://www.asegurancon.com/>. Fundamentada en la Ley 81 de marzo de 2019.

_____ Contratante	_____ Fecha
_____ Asegurado	_____ Fecha
PARA USO DE LA COMPAÑÍA	
APROBADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre del colaborador:	Cargo:
Observaciones:	Firma:
	Fecha: