



SOLICITUD PARA SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD DE COVID-19

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

<input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL		<input type="checkbox"/> PERSONA JURÍDICA		Nombre Completo:	
Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento o Constitución:		Día/ Mes/ Año/	
País de Nacimiento o Constitución:		Nacionalidad:		R.U.C. / Cédula / Pasaporte:	
Dirección Residencial:				E-mail:	
Tel. Residencia:		Celular:		Estado civil:	
Profesión/Actividad Económica:			Ocupación Actual:		
Empresa donde Trabaja:			Lugar (es) donde tributa:		
Tel. de Ofic:			Corredor:		

Dirección del Cobro:

PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/.10,000.00

¿EL total de las primas anuales que usted paga, son iguales o superan los B/.10,000.00? Si ☐ No ☐

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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador.			
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). Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador. _____			

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:
---------	------------

DATOS DE COBRANZA				FORMA DE PAGO					
<div>Responsable de pagos</div> <div><input type="checkbox"/> Igual al contratante de la póliza</div> <div><input type="checkbox"/> Igual al asegurado de la póliza</div> <div><input type="checkbox"/> El responsable del pago es distinto, favor completar:</div> <div>Cédula / Pasaporte o RUC:</div> <div></div> <div>Nombre completo:</div> <div></div> <div></div> <div>Si el responsable de pago es distinto al contratante asegurado deberá completar un formulario con sus datos creación o actualización</div>				a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales)			<input type="checkbox"/>		
				Visa ____ Master Card ____ Dinners ____ American Express ____					
				No. de tarjeta: ____-____-____-____			<input type="checkbox"/>		
				Banco: _____ Fecha de expiración: _____(mm/aaaa)					
				b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario)			<input type="checkbox"/>		
				c) Remesa (solo corredor autorizado)			<input type="checkbox"/>		
				d) Directo en caja (segun cantidad de pagos establecidos en el plan de negocios actual)			<input type="checkbox"/>		
				Cantidad de paao: Un pago anual _____ pagos mensuales		Día de pago:_____ Segun fecha de emisión de su póliza			
<div>Cuenta para pago de indemnizaciones u otros:</div> <div>Nombre titular de la cuenta: _____ Banco: _____</div> <div>Tipo de cuenta: Cuenta de ahorros , Cuenta corriente _____ No. de la cuenta: _____</div>									
INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL (Incluyendo seguros colectivos o de grupos)									
¿Alguna vez le han negado, rechazado, diferido, cancelado, modificado o negado la solicitud o la rehabilitación de un seguro de vida, de accidentes o de salud? Si la respuesta es SI , indique el nombre de la compañía aseguradora y la fecha cuando sucedió.									
¿Tiene pendiente alguna solicitud o alguna rehabilitación de seguro de vida en otra aseguradora? Si la respuesta es SI , indique el nombre de la compañía aseguradora, la suma asegurada y la fecha.									
COBERTURAS BÁSICAS				PLAN A		PLAN B		PLAN COLECTIVO	
Indemnización por Muerte a causa de COVID-19				B/. 5,000.00		B/. 5,000.00			
Indemnización Diaria por Hospitalización por la Enfermedad COVID-19				B/. 75.00		B/. 100.00			
Indemnización por reclusión en una Unidad de Cuidado Intensivo por Complicación Directa a la Enfermedad COVID-19				B/. 2,000.00		B/. 3,000.00			
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS									
Beneficiarios Principales		Edad	Parentesco	%	Beneficiarios		Edad	Parentesco	%
Instrucciones Especiales:									
Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a _____ Con cédula de identidad personal #_____, y en su defecto a _____con cédula de identidad Personal #_____, a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma de dinero que reciba(n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse a esta(s) persona (s) como beneficiario(s) de este seguro.									
PREGUNTAS DE ASEGURABILIDAD / Favor contestar las siguientes preguntas: incluya diagnóstico, fecha, duración, nombre y direcciones de todos los médicos que intervinieron y la institución de salud donde estuvo recluido.									
PREGUNTAS					SÍ	NO	Explicación		
1. ¿Ha sido usted diagnosticado con la enfermedad COVID-19 o ha presentado síntomas por los cuales sospecha estarlo, según lo establece la Organización Mundial para la Salud (OMS), como lo son: fiebre, tos seca, cansancio, molestias y dolor corporal, dolor de garganta, diarrea, conjuntivitis, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o del gusto, erupciones cutáneas o pérdida del color en los dedos de las manos o de los pies, dificultad para respirar o sensación de falta de aire, dolor o presión en el pecho, incapacidad para hablar o moverse; o tiene conocimiento de que alguna persona con la cual usted tuvo contacto dentro los 14 días previos a la firma de esta solicitud haya sido diagnosticada con COVID-19?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. ¿Se encuentra usted actualmente encamado en su hogar o está hospitalizado o en un Hogar de Hospicio?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Durante los 2 años previos a la firma de esta solicitud, ¿ha sido usted diagnosticado(a) con Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedades del Sistema Cardiovascular, Enfermedades del Sistema Cerebrovascular, Asma o Bronquitis Crónica, Enfisema Pulmonar, Enfermedad Crónica Obstructiva del Pulmón u Obesidad Mórbida; ha sido trasplantado o se encuentra actualmente bajo tratamiento de diálisis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o condiciones relacionadas al SIDA, o Cáncer o alguna enfermedad o trastorno mental; o se encuentra recibiendo actualmente tratamiento por alguna de las mismas?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Durante los últimos 20 días previos a esta solicitud, ¿está pendiente a realizarse exámenes de diagnóstico, de recoger los resultados de los mismos o de entregarlos a su Médico Tratante para su debida evaluación, o ha presentado alguna sospecha o motivo por el cual deba acudir a una evaluación médica, o está pendiente de realizarle un examen preventivo o de rutina debido a que ha tenido resultados previos fuera de los límites normales, o su Médico Tratante ha observado o detectado algo que requiera una evaluación más profunda o exámenes más específicos para lograr un diagnóstico?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO PROPUESTO

Declaro y hago constar por este medio, que todas las declaraciones y respuestas contenidas en todas las partes de este formulario de solicitud de seguro de vida, así como aquellas hechas al Médico Examinador durante el examen médico requerido por la Compañía, son completas y veraces. Que no he ocultado detalles importantes relacionados con mi estado de salud, y **convengo**: 1) que la Compañía dispondrá de treinta (30) días hábiles para considerar y darle curso a la presente solicitud, 2) que si se emitiera la póliza, ésta no entrará en vigor hasta tanto no me haya sido entregada personalmente y haya sido aceptada por mí, mientras me encuentre en vida y en buena salud y haya sido pagada la primera prima; 3) que en caso que se emita la póliza en virtud de esta solicitud, las declaraciones y respuestas contenidas aquí y en el formulario del examen médico forman parte del contrato entre la Compañía y el (la) suscrito(a), cuyos originales reposarán en expediente a mi nombre en los archivos de la Compañía.

Fechado en _____ el _____ de _____ de 20____

Propuesto Asegurado

Contratante (si no es el Asegurado Propuesto)

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO

AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN PROFESIONAL

Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, clínica u hospital, Caja de Seguro Social o cualquier institución de salud, en cualquier parte del mundo donde me hubiesen prestado servicios, para que suministre a **ASEGURADORA ANCÓN, S.A.** cualquier información médica, incluyendo datos y antecedentes patológicos o información que reposa en pruebas laboratorio, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registro profesionales referentes a mi salud, incluyendo suministrar copia fotostática de los mismos, para lo cual, relevo de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dichos informes o su copia.

Fechado en _____ el _____ de _____ de _____

Panamá __ de ____ de ____

Doctor
 Director Médico
 Caja de Seguro
 Social Ciudad

Yo, _____ con Seguro Social N° _____
 Sobre la base de lo que dispone el Artículo 84-D de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, solicito a usted, muy respetuosamente, que me suministre los datos requeridos en el formulario que le adjunto.

Atentamente,

Propuesto Asegurado

Testigo (Corredor de Seguros)

Firma: Asegurado Propuesto

Testigo: Corredor de Seguros

AUTORIZACIÓN DE TRÁMITE DE LA SOLICITUD Y SELECCIÓN PARA EL ENVÍO DE PÓLIZA Y OTROS

AUTORIZO a **Aseguradora Ancón S.A.** a que tramite esta solicitud y cualquier cambio futuro a la póliza (de ser aprobada); y a que, igualmente, me envíen la póliza o cualquier documento solicitado por mí relacionado a las mismas, mediante:

☐ Métodos Electrónicos y/o Digitales
 ☐ Correo Regular
 ☐ Mi Representante Autorizado o Productor

Consiento que **Aseguradora Ancón S.A** me envíe los avisos, estados de cuenta, informes, contestaciones a solicitudes de información, querellas, pólizas, o cualquier otro material informativo sobre el seguro a la dirección de correo electrónico provista en esta solicitud o por medios electrónicos seguros. Entiendo que **Aseguradora Ancón S.A** enviará el documento de forma que pueda imprimirlo y retenerlo para referencia futura.

Entiendo que con este consentimiento:

- No pierdo el derecho a optar por que se me envíe la póliza impresa por correo o personalmente, si así lo solicito, aún cuando se haya enviado electrónicamente;
- Soy responsable de mantener actualizada toda mi información de contacto;
- Cuando sea necesario, **Aseguradora Ancón S.A** me notificará cualquier cambio en las especificaciones del equipo o aplicación que sea necesario para acceder o retener los documentos o información electrónica que me remita.

Este consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento y puedo solicitar el envío de la póliza impresa, así como de cualquier documento que haya sido enviado electrónicamente, por correo o personalmente, sin costo alguno; mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente de **Aseguradora Ancón S.A** en la cual especifico, como mínimo, mi nombre completo, número de contrato y fecha de efectividad de la revocación.