

Beneficios de FlexiCáncer

Reclusión Hospitalaria:

Indemnizamos bajo:

Plan II \$140.00 y Plan I \$70.00 por los primeros 10 días

Plan II \$120.00 y Plan I \$60.00 a partir del 11vo día en adelante

Gastos Misceláneos:

Aquellos incurridos por uso de la sala de operaciones, recuperación, laboratorios y equipo, Plan II \$1,100.00 y Plan I \$550.00

Indemnización por Pérdida de Ingresos:

Mientras esté hospitalizado:

Plan II \$240.00 y Plan I \$120.00 por mes

Plan II \$120.00 y Plan I \$60.00 por mes (cónyuge en plan familiar)

Médico Privado:

Plan II Máximo \$40.00 y Plan I \$20.00 por día

Servicios de Enfermeras:

Plan II se pagará \$60.00 y Plan I \$30.00 por día

Beneficios por Servicios de Rayos X, Radioterapia, Cobalto y Quimioterapia:

Plan II hasta \$6,000.00 y Plan I hasta \$3,000.00 por año

Indemnización por Sangre y Plasma:

Se cubren gastos razonables y acostumbrados (incluye leucemia)

Servicios de Ambulancia Local:

Máximo \$100.00 Plan II y Plan I \$50.00

Transporte Aéreo:

Plan II hasta \$2,800.00 y Plan I \$1,400.00 por año

Prótesis de Seno:

Se cubren gastos razonables y acostumbrados

Honorarios Médicos por cirugía:

Plan II hasta \$4,000.00 y Plan I \$2,000.00

Medicamentos:

Se pagará el 15% del beneficio mientras esté recluso en el hospital

**Obtenga la seguridad a largo plazo
que necesita con FlexiCáncer**



Según la Sociedad Americana de Cáncer...

- 1 de cada 2 hombres, y 1 de cada 3 mujeres tienen el riesgo de contraer Cáncer
- 4 de cada 10 personas con cáncer sobrevivirán más allá de los 5 años desde el primer diagnóstico
- Cáncer es la enfermedad más seria en mujeres entre edades de 30 a 55 años
- Leucemia es una de las enfermedades infantiles más serias

Recuerde...

- Los avances tecnológicos han aumentado las posibilidades de sobrevivir esta enfermedad
- Sin embargo, en esta era de avances tecnológicos se presenta un gran incremento en los costos para tratamientos contra el cáncer
- Aún el mejor seguro grupal no cubre el 100% de estos gastos

Importante...

- Los beneficios son pagados directamente a usted, el hospital, o al cirujano, dependiendo de sus necesidades
- Pan-American Life efectúa el pago en coordinación con cualquier otro plan médico hospitalario que usted mantenga vigente.
- La prima para cobertura familiar es igual sin importar el número de miembros de su familia
- Al momento de solicitar la póliza no puede padecer o haber padecido cáncer
- La cobertura comienza 91 días después de haber contratado la póliza

SOLICITUD FLEXICÁNCER

No. _____

Nombre del Propuesto Asegurado: _____ No. de Identificación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: F M

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Tel. Residencia: _____, Tel. Trabajo: _____, Celular: _____

Lugar de Trabajo: _____, Correo Electrónico*: _____

*Con suministrar su correo electrónico estará autorizando a enviarle por este medio, comunicaciones comerciales y de servicios.

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE E HIJOS A SER CUBIERTOS (si alguno)				
	Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo: F, M
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS			
	Nombre	Parentesco	%
1.			
2.			

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Usted o algún miembro de su familia que va a ser incluido en esta póliza se le ha diagnosticado o tratado de cáncer? Sí No

Si ha contestado que sí, _____
Nombre Parentesco Fecha de Nacimiento

Hasta qué fecha fue tratado _____

2. ¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia que va a ser incluido en esta póliza, consejo médico o tratamiento relacionado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o portador de (HIV)? Sí No

Si ha contestado que sí, _____
Nombre Parentesco Fecha

3. ¿Usted o algún miembro de su familia que va a ser incluido en esta póliza ha padecido de algunas de las siguientes condiciones o enfermedades?

- | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|
| a) Pérdida de peso injustificada | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | f) Sangrado por orificio natural | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| b) Diarrea crónica | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | g) Masa o tumor palpable o visible | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| c) Ganglios crecidos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | h) Fiebre prolongada de origen desconocido | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| d) Lesiones de piel no usuales | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | i) Virus del Papiloma Humano | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| e) Úlceras no cicatrizadas | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

Si ha contestado que sí, _____
Nombre Parentesco Fecha

Si ha contestado que sí, _____
Nombre Parentesco Fecha

4. ¿Usted o algún miembro de su familia es fumador? Sí No

Si ha contestado que sí, _____
Nombre Parentesco Fecha

5. ¿Ha sido usted o cualquiera de las personas propuestas en su conocimiento, alguna vez tratada o informada que padecía diabetes, presión sanguínea anormal, cualquier desorden o enfermedad del corazón, pulmones, espalda o columna vertebral, estado mental o nervioso, cáncer, leucemia, poliomielitis, enfisema, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cirrosis del hígado o cualquier otra enfermedad, desorden, defecto o lesión? Sí No

Por la presente declaro que a mi mejor conocimiento, información y entender, ninguna persona propuesta para el seguro bajo esta solicitud le ha sido diagnosticado, ni tiene actualmente, ni nunca ha tenido la enfermedad de Cáncer. Estos beneficios no cubrirán condiciones pre-existentes diagnosticadas con anterioridad a la fecha de la efectividad de la póliza. Acuerdo y entiendo que los beneficios bajo la póliza solicitada no entrarán en vigor hasta 90 días después de la fecha de efectividad especificada de la póliza.

Autorizo por este medio a cualquier Médico, Hospital, Clínica, Buró de información médica (MIB) o cualquier otra institución que tenga información sobre la solicitud o el estado de las personas propuestas para el seguro a suministrar a Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A. dicha información.

Firma del Solicitante

Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

PLAN Y FRECUENCIA DE PAGO

	Plan I Individual	Plan II Individual		Plan I Familiar	Plan II Familiar
Mensual	B/. 3.15 <input type="checkbox"/>	B/. 5.25 <input type="checkbox"/>	Mensual	B/. 5.25 <input type="checkbox"/>	B/. 8.40 <input type="checkbox"/>
Trimestral	B/. 9.45 <input type="checkbox"/>	B/. 15.75 <input type="checkbox"/>	Trimestral	B/. 15.75 <input type="checkbox"/>	B/. 25.20 <input type="checkbox"/>
Semestral	B/. 19.90 <input type="checkbox"/>	B/. 31.50 <input type="checkbox"/>	Semestral	B/. 31.50 <input type="checkbox"/>	B/. 50.40 <input type="checkbox"/>
Anual	B/. 37.80 <input type="checkbox"/>	B/. 63.00 <input checked="" type="checkbox"/>	Anual	B/. 63.00 <input type="checkbox"/>	B/. 100.80 <input type="checkbox"/>

La prima incluye el I.T.B.M del 5%

MODO DE PAGOS DE PRIMAS

- Deducción por nómina
* Frecuencia Mensual (mínimo 5 asegurados)
- Tarjeta de Crédito
* Solo frecuencia trimestral, semestral o anual
- Descuento Bancario (ACH)
* Solo frecuencia mensual, trimestral o anual
- Pago directo en ventanilla
* Solo frecuencia anual

INFORMACIÓN DEL CORREDOR

Nombre: Marco A. Moncada C. Licencia #: 3923 PN3923
 Tel.: 6949-7001 (celular) 6949-7001
 Dirección: Panamá, Ciudad
 Correo Electrónico: marco@segurosmoncada.com
 Firma: [Firma]

PARA SER COMPLETADO POR LA COMPAÑÍA SOLAMENTE

Póliza #: _____ Fecha Efectiva: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

APROBADO POR: _____

____ Autorizo a Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A. a descontar de mi salario la suma de B/.: _____
 quincenales a partir del _____ en concepto del pago correspondiente a la prima de Seguros del Plan FlexiCáncer.

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

Firma del Solicitante: _____

____ Autorizo a Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A. para que cargue a mi tarjeta de crédito _____,
 Número _____ Banco _____ con fecha de vencimiento _____
 la suma de B/. _____ en concepto del pago correspondiente a la prima de
 Seguros del Plan FlexiCáncer _____, los días _____.

Este cargo debe hacerse: _____ Trimestral, _____ Semestral, _____ Anual

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

Firma del Solicitante (igual que la tarjeta): _____

____ Adjunto cheque # _____ del Banco _____ por la suma de B/. _____ que cubre
 la prima anual del plan elegido.



FlexiCáncer es un plan que le ofrece tranquilidad y seguridad financiera a largo plazo.

PAN AMERICAN LIFE
 INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.
 Compañía miembro de Pan American Life Insurance Group