

## 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 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