

Nombre del Asegurado principal \_\_\_\_\_

No. de Cédula \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Dirección residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono(s) residencia: \_\_\_\_\_ Apartado Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono(s) trabajo: \_\_\_\_\_

Beneficiario asegurado principal: \_\_\_\_\_

Información del Cónyuge e hijos a ser cubiertos (Si alguno)

Nombre	Parentesco	F. Nacimiento	Sexo		Beneficiarios	
			F	M	Nombre	Parentesco
1.						
2.						
3.						

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:  Si  No  
Si ha contestado que sí, \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ 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 con el Síndrome de Inmuno Deficiencia 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 algunas de las siguientes condiciones o enfermedades.
- Si  No a. Pérdida de peso injustificada.  Si  No b. Diarrea crónica.  Si  No c. Ganglios crecidos.  
 Si  No d. Lesiones de piel no usuales.  Si  No e. Ulceras no cicatrizadas.  Si  No f. Sangrado por orificio natural.  
 Si  No g. Masa o tumor palpable o visible.  Si  No h. Fiebre prolongada de origen desconocido.  Si  No i. Virus de papiloma Humano.
- Si ha contestado que si favor completar: \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

4. ¿Usted o algún miembro de su familia es fumador:  Sí  No nombre \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_
5. ¿Ha sido usted o cualquiera de las personas propuestas en su conocimiento alguna vez tratada o informada de 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 múltiples o 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 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 en la solicitud y en la póliza. Autorizo por este medio a cualquier Médico, Hospital, Clínica, Buró de información médica (MIB) o cualquier otra institución que tenga información sobre mi estado de salud o el estado de salud de las personas propuestas para el seguro a suministrar a Pan American de Panamá dicha información.



Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Cobertura	Frecuencia de Pago	Plan I		Plan II		Modo de pago de Primas	
Individual <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mensual	B/.3.15	B/.5.25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dedución por nómina	• Frecuencia Mensual (mínimo 5 asegurados)
	<input type="checkbox"/> Trimestral	9.45	15.75			<input type="checkbox"/> Descuento Bancario	• Sólo frecuencia mensual trimestral o anual
	<input type="checkbox"/> Semestral	19.90	31.50			<input type="checkbox"/> Visa American Express	• Sólo frecuencia trimestral, semestral o anual.
	<input type="checkbox"/> Anual	37.80	63.00			<input type="checkbox"/> Pago Directo en Ventanilla	• Sólo frecuencia anual
Familiar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mensual	B/.5.25	B/.8.40				
	<input type="checkbox"/> Trimestral	15.75	25.20				
	<input type="checkbox"/> Semestral	31.50	50.40				
	<input type="checkbox"/> Anual	63.00	100.80				

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

Fecha 

DIA	MES	AÑO

Firma del Corredor: Marco Moncada Distrito No. \_\_\_\_\_ Licencia del Corredor 3923  
consulta www.segurosmoncada.com marco@segurosmoncada.com

**PARA SER COMPLETADO POR LA COMPAÑÍA SOLAMENTE**

**APROBADO POR:**

Póliza Número: _____	Fecha Efectiva: _____
	DIA MES AÑO

- AUTORIZO A PAN AMERICAN DE PANAMA, 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 Flexi-Cáncer.

Firma autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_

- Autorizo a Pan American de Panamá, S.A., para que cargue a mi tarjeta de crédito \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ con fecha de vencimiento, \_\_\_\_\_, la suma de B/. \_\_\_\_\_ en concepto de prima de Seguro del

Plan Flexi Cáncer \_\_\_\_\_, los días \_\_\_\_\_. Este cargo deberá hacerse  Trimestral  Semestral  Anual

Firma Autorizada \_\_\_\_\_ Firma (igual que la Tarjeta) \_\_\_\_\_

- Adjunto cheque No. \_\_\_\_\_ del Banco \_\_\_\_\_ por la suma de \_\_\_\_\_ que cubre la prima anual del plan elegido.