

I DATOS DE LA SOLICITUD					
FECHA DE SOLICITUD	PAÍS DE DESTINO	FECHA DE VIAJE DESDE HASTA		INDIQUE PLAN <input type="checkbox"/> Turista (B/12,000) <input type="checkbox"/> Master (B/25,000) <input type="checkbox"/> Value (B/80,000)	
II DATOS DEL ASEGURADO					
NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL			NÚMERO DE PASAPORTE / CÉDULA IDENTIDAD / RUC		NACIONALIDAD
GÉNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PROFESIÓN	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO	
LUGAR DE NACIMIENTO					
PAÍS:	PROVINCIA:	DISTRITO:		CORREGIMIENTO:	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA					
PAÍS:	PROVINCIA:	DISTRITO:		CORREGIMIENTO:	
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> EDIFICIO	<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> N° DE PISO	TELÉFONOS	
<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL			FIJO DE HABITACIÓN	OFICINA CELULAR
DESCRIBA DIRECCIÓN			PUNTO DE REFERENCIA		
DIRECCIÓN DE OFICINA					
PAÍS:	PROVINCIA:	DISTRITO:		CORREGIMIENTO:	
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> EDIFICIO	<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> N° DE PISO	TELÉFONOS	
<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL			FIJO DE HABITACIÓN	OFICINA CELULAR
DESCRIBA DIRECCIÓN			PUNTO DE REFERENCIA		
CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL):			CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL):		
III DATOS DEL CONTRATANTE					
SELECCIONE (<input checked="" type="checkbox"/>) SI LOS DATOS DEL ASEGURADO ES IGUAL A LA DEL CONTRATANTE: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO EN CASO DE SER AFIRMATIVO NO COMPLETE ÉSTA SECCIÓN					
NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL			NÚMERO DE PASAPORTE / CÉDULA IDENTIDAD / RUC		NACIONALIDAD
GÉNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PROFESIÓN	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO	
LUGAR DE NACIMIENTO					
PAÍS:	PROVINCIA:	DISTRITO:		CORREGIMIENTO:	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA					
PAÍS:	PROVINCIA:	DISTRITO:		CORREGIMIENTO:	
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> EDIFICIO	<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> N° DE PISO	TELÉFONOS	
<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL			FIJO DE HABITACIÓN	OFICINA CELULAR
DESCRIBA DIRECCIÓN			PUNTO DE REFERENCIA		
DIRECCIÓN DE OFICINA					
PAÍS:	PROVINCIA:	DISTRITO:		CORREGIMIENTO:	
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> EDIFICIO	<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> N° DE PISO	TELÉFONOS	
<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL			FIJO DE HABITACIÓN	OFICINA CELULAR
DESCRIBA DIRECCIÓN			PUNTO DE REFERENCIA		
CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL):			CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL):		

IV FORMAS DE PAGOS

- DESCUENTO DE TARJETA DE CRÉDITO DESCUENTO DE ACH
 TRANSFERENCIA BANCA EN LÍNEA Y EFECTIVO (SEMESTRAL Y ANUAL) DESCUENTO EN PLANILLA

FRECUENCIA: MENSUAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL INDIQUE CANTIDAD DE CUOTAS:

V CUADRO DE BENEFICIOS

PLAN	SUMA ASEGURADA	PRIMA
------	----------------	-------

VI BENEFICIARIOS PRINCIPALES DEL ASEGURADO EN CASO DE MUERTE

	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA/ PASAPORTE	% INDEMNIZACIÓN	F. DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	PARENTESCO
1					
2					
3					
4					
5					

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ EN PARTES IGUALES PARA CADA BENEFICIARIO PRINCIPAL O EN SU DEFECTO EL CONTINGENTE, SI NO SE INDICA OTRA OPCIÓN EN LA COLUMNA DE PORCENTAJES.

BENEFICIARIOS CONTINGENTE DEL ASEGURADO EN CASO DE MUERTE

	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA/ PASAPORTE	% INDEMNIZACIÓN	F. DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	PARENTESCO
1					
2					
3					
4					
5					

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA EL PAGO DE BENEFICIOS:

1. QUE SI A MI FALLEIMIENTO ALGUNO DE MIS BENEFICIARIOS PRINCIPALES ES MENOR DE EDAD, EL PRODUCTO DE LA PÓLIZA QUE LE CORRESPONDA SEA ENTREGADO PARA SU LIBRE ADMINISTRACIÓN A:

NOMBRES Y APELLIDOS: CÉDULA/PASAPORTE: PARENTESCO:

2. QUE SI A MI FALLECIMIENTO NO EXISTIEREN BENEFICIARIOS PRINCIPALES O EL O LOS BENEFICIARIOS CONTINGENTES FUERE MENORES DE EDAD, EL PRODUCTO DE LA PÓLIZA QUE LE(S) CORRESPONDA SEA ENTREGADO PARA SU LIBRE ADMINISTRACIÓN A:

NOMBRES Y APELLIDOS: CÉDULA/PASAPORTE: PARENTESCO:

VII CUESTIONARIO PARA EL ASEGURADO

	PREGUNTA	RESPUESTA		EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE:
1	¿TIENE USTED O EN PROCESO DE EMISIÓN OTROS SEGUROS DE ACCIDENTES, HOSPITALIZACIÓN O VIDA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	COMPAÑÍA: SUMA ASEGURADA: TIPO DE SEGURO:
2	¿ALGUNA VEZ SE LE HA RECHAZADO O POSPUESTO UNA SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES, HOSPITALIZACIÓN O VIDA O SE LE HA MODIFICADO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

	UN SEGURO YA SEA EN SUS CONDICIONES O CUYA RENOVACIÓN HAYA SIDO DENEGADA?		
3	¿TIENE ALGUNO OTRA OCUPACIÓN ACTUALMENTE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
4	¿HA ESTADO USTED BAJO OBSERVACIÓN O RECIBIDO PLAN O TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
5	¿A SU LEAL SABER Y ENTENDER, USTED GOZA ACTUALMENTE DE BUENA SALUD Y SE ENCUENTRA LIBRE DE TODA MUTILACIÓN O DEFORMACIÓN FÍSICA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
6	¿PADECE USTED DE DEFECTOS DE LA VISTA, OÍDO O DE LOS DEDOS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
7	¿CONTEMPLA REALIZAR ALGÚN VIAJE O EFECTUAR ALGÚN ACTO DE NATURALEZA ARRIESGADA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
8	¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE O PASATIEMPO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
9	¿ALGUNA VEZ SE LE HA RECHAZADO O POSPUESTO UNA SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES, HOSPITALIZACIÓN O VIDA O SE LE HA MODIFICADO UN SEGURO YA SEA EN SUS CONDICIONES O CUYA RENOVACIÓN HAYA SIDO DENEGADA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO

DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO A LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, S.A. A SOLICITAR Y SUMINISTRAR A CUALESQUIERA AGENTES O ENTIDADES CAPTADORAS DE INFORMACIÓN DE CRÉDITO, TODA LA INFORMACIÓN QUE ESTIME CONVENIENTE SOBRE MI HISTORIAL DE CRÉDITO SIN LIMITAR LAS OBLIGACIONES, OPERACIONES O TRANSACCIONES COMERCIALES QUE MANTENGO O LLEGUE A MANTENER CON CUALQUIER AGENTE ECONÓMICO.

IGUALMENTE LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD A LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, S.A. POR CUALQUIER CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA QUE PUEDA SOBREVENIR COMO RESULTADO DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

IMPORTANTE:

1. CUALQUIER ALTERACIÓN QUE SE PRODUZCA REFERENTE A LAS DECLARACIONES E INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD, ENTRE LA FECHA DE LA FIRMA POR EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR, LA EMISIÓN Y ENTREGA DE LA PÓLIZA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, O DURANTE LA VIGENCIA DE ÉSTA PÓLIZA DEBE SER PARTICIPADA A LA EMPRESA DE SEGUROS INMEDIATAMENTE. EN TALES CASOS, LA EMPRESA DE SEGUROS SE RESERVA EL DERECHO DE RECHAZAR LA SOLICITUD O DE ANULAR EL CONTRATO O DE APLICAR UNA TARIFA MODIFICADA CON EL NUEVO CONCEPTO QUE LA EMPRESA DE SEGUROS INFORMARÁ DEL RIESGO.
2. LAS DECLARACIONES O INFORMACIÓN CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD, JUNTO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA, CONSTITUIRÁ EL CONTRATO ENTRE EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR Y LA EMPRESA DE SEGUROS. PERO NO ANTES DE LA FECHA DE EFECTO INDICADA EN LA PÓLIZA.

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN

POR ESTE MEDIO, YO, EL ASEGURADO NOMBRADO EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS CERTIFICO QUE MEDIANTE LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO, AUTORIZO, DE MANERA IRREVOCABLE Y POR RAZÓN DE ESTA PÓLIZA, A TODOS LOS MÉDICOS TRATANTES, CLÍNICAS, HOSPITALES, CENTROS Y SERVICIOS DE SALUD, PÚBLICOS Y PRIVADOS, INCLUYENDO LA CAJA DE SEGURO SOCIAL Y EL HOSPITAL SANTO TOMÁS, QUE (NOS) HAN ATENDIDO CLÍNICAMENTE, A DAR CUALQUIER TIPO DE INFORMACIÓN, INCLUYENDO LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE QUE GUARDE RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O TRATAMIENTOS MÉDICOS RECIBIDOS, ACERCA DE MIS (NUESTRAS) ENFERMEDADES PASADAS, PRESENTES O QUE PUEDA O PODAMOS PADECER, ESTADOS FÍSICOS E HISTORIA CLÍNICA, A LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, S.A., A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES Y/O PERSONAL AUTORIZADO, Y A LA VEZ MEDIANTE ESTE ACTO LOS RELEVO A USTEDES DE GUARDAR EL SECRETO MÉDICO; AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN ÉSTA QUE REALIZO CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 8 Y 13, EN RELACIÓN CON LOS ARTÍCULOS 7 Y 51, TODOS DE LA LEY # 68 DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2003, Y SEGÚN LOS CUALES PERSONAS VINCULADAS A MÍ, Y/O AUTORIZADAS POR MI PERSONA, PUEDEN SER INFORMADAS DE TODO LO CONCERNIENTE A MI EXPEDIENTE CLÍNICO, SIEMPRE QUE MEDIE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA. ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO, TRATAMIENTO CONTRA EL USO DE DROGAS, NARCÓTICOS O DE ALCOHOL.

TAMBIÉN AUTORIZO A CUALQUIER ORGANIZACIÓN O PERSONA QUE TENGA CUALQUIER INFORMACIÓN IMPORTANTE, NO MÉDICA, SOBRE MI O MIS DEPENDIENTES A DAR TAL INFORMACIÓN A SEGUROS LA FLORESTA O A SU REPRESENTANTE AUTORIZO. POR TAL EFECTO, UNA FOTOCOPIA DE ESTA SOLICITUD SERÁ TAN VÁLIDA COMO SU ORIGINAL.

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, Y EN BASE A LO CUAL SE EMITE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE; EN CONSECUENCIA ACEPTO QUE CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, ERRÓNEA E INEXACTA, BRINDADA EN ESTA SOLICITUD, PUEDE SER CAUSAL DE RECHAZO DE CUALQUIER RECLAMO HECHO SOBRE ESTE SEGURO, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, S.A.

EN LA CIUDAD DE A LOS DEL MES DE DEL

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

.....
FIRMA DEL CONTRATANTE

LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, S.A. RUC. 1752209-1-696588 DV 62.
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS BAJO RESOLUCIÓN 0401 DEL 8 DE SEPTIEMBRE DE 2010

DIRECCIÓN: Av. SAMUEL LEWIS Y CALLE 53, OBARRIO PH OMEGA MEZZANINE, PANAMÁ - PANAMÁ