

I DATOS DE LA SOLICITUD			
FECHA DE SOLICITUD	NÚMERO DE PÓLIZA	VIGENCIA DESDE	HASTA
INDIQUE SUMA ASEGURADA			
CESIÓN SUBSIDIARIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BANCO	PLAN COMPRADO	
II DATOS DEL ASEGURADO			
NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / PASAPORTE / 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO EN CASO DE SER AFIRMATIVO NO COMPLETE ÉSTA SECCIÓN			
NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / PASAPORTE / 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  TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA ACH  TRANSFERENCIA BANCA EN LÍNEA  DESCUENTO EN PLANILLA  PAGO VOLUNTARIO

FRECUENCIA:  MENSUAL  TRIMESTRAL  SEMESTRAL  ANUAL      INDIQUE CANTIDAD DE CUOTAS:

**V CUESTIONARIO PARA EL ASEGURADO**

NOMBRES Y APELLIDOS	NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / PASAPORTE
---------------------	--

EDAD	ESTATURA	PESO	EN CASO AFIRMATIVO DETALLE
			1. HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			2. DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS HA CONSULTADO Y/O HA SIDO EXAMINADO POR UN MÉDICO O HA RECIBIDO ATENCIÓN MÉDICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			3. HA ESTADO EN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO O CASA DE REPOSO PARA DESCANSO, TRATAMIENTO, OBSERVACIÓN O DIAGNÓSTICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			4. DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, SE LE HA PRACTICADO EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO O BIEN RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMAS O EXÁMENES DE LABORATORIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			5. DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			6. HA PERDIDO O GANADO PESO EN EL ÚLTIMO AÑO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			7. SE CONSIDERA USTED SANO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			8. TIENE PENDIENTE ALGUNA OPERACIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**VI BENEFICIARIOS PRINCIPALES DEL ASEGURADO**

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA / PASAPORTE	PARENTESCO	% INDM.

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 CONTINGENTES DEL ASEGURADO**

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA / PASAPORTE	PARENTESCO	% INDM.

**INSTRUCCIONES ESPECIALES DEL ASEGURADO PARA EL PAGO DE BENEFICIOS**

1. QUE SI A MÍ FALLECIMIENTO ALGUNO DE MIS BENEFICIARIOS PRINCIPALES ES MENOR DE EDAD, EL PRODUCTO DE LA PÓLIZA QUE LE (S) CORRESPONDA SEA ENTREGADO PARA SU ADMINISTRACIÓN, EN NOMBRE Y EN REPRESENTACIÓN DE MI BENEFICIARIO PRINCIPAL, A:

NOMBRES Y APELLIDOS:

CÉDULA/PASAPORTE:

PARENTESCO:

2. QUE SI A MÍ FALLECIMIENTO NO EXISTIEREN BENEFICIARIOS PRINCIPALES, Y EL O LOS BENEFICIARIOS CONTINGENTES FUEREN MENORES DE EDAD, EL PRODUCTO DE LA PÓLIZA QUE LE(S) CORRESPONDA SEA ENTREGADO PARA SU ADMINISTRACIÓN, EN NOMBRE Y EN REPRESENTACIÓN DE MI BENEFICIARIO CONTINGENTE, A:

NOMBRES Y APELLIDOS:

CÉDULA/PASAPORTE:

PARENTESCO:

EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_, A LOS \_\_\_\_\_ DEL MES \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

.....  
FIRMA DEL ASEGURADO

.....  
FIRMA DEL CONTRATANTE

**DATOS DEL CORREDOR**

NOMBRES Y APELLIDOS

NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / RUC

CÓDIGO

.....  
FIRMA DEL CORREDOR

**PARA USO DE LA COMPAÑÍA**

LA SOLICITUD ES:

APROBADO

RECHAZADO

FECHA:

.....  
FIRMA DEL ASESOR MÉDICO

.....  
FIRMA DEL EVALUADOR

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