

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
LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO	
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
<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL	TELÉFONOS 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
<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL	TELÉFONOS 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
LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO	
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
<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL	TELÉFONOS 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
<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL	TELÉFONOS 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 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.

VII 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:

- QUE SI A MI 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
---------------------	------------------	------------
- QUE SI A MI 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
---------------------	------------------	------------
- QUE TODAS LAS INSTRUCCIONES SE SUJETEN A LAS ESTIPULACIONES O CLÁUSULAS GENERALES Y ESPECIALES DE LA PÓLIZA. SI EL PRODUCTO DE LA PÓLIZA HA SIDO CEDIDA A PERSONA NATURAL O JURÍDICA DISTINTA A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS CONSIDERARÁ ESTA INSTRUCCIÓN NULA Y SIN VALOR. DE HABER ALGÚN SOBANTE LUEGO DE CUMPLIDA LA OBLIGACIÓN CONTRAÍDA POR CUALQUIER CESIÓN, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS LO ENTREGARÁ A LOS BENEFICIARIOS QUE TENGAN DERECHO A RECIBIRLO CONFORME A ESTAS INSTRUCCIONES ESPECIALES.

VIII CUESTIONARIO PARA EL ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / PASAPORTE / RUC
ESTATURA	PESO	HA PERDIDO O GANADO PESO EN EL ÚLTIMO AÑO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DETALLE		
CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
FRECUENCIA		

FUMA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
DESDE QUE EDAD?	DESDE CUANDO NO FUMA?	Nº DE CIGARRILLOS DIARIOS
USA TRANQUILIZANTES O NARCÓTICOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
INDIQUE CANTIDAD DIARIA		
SE LE HA PRACTICADO O SE LE RECOMENDÓ QUE SE PRACTICARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
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		
HA TENIDO ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
DESCRÍBALO		
HA TENIDO FRACTURAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DE QUÉ?	FECHA
CONSECUENCIAS	NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO	
SE CONSIDERA USTED SANO?		
DE NO SER AFIRMATIVO DETALLE		
DECLARACIÓN DE SALUD		
HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?	SI	NO
A) ENFERMEDADES CARDIACAS, SOPLOS, INFARTOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) DOLOR EN EL PECHO, ANGINA, PALPITACIONES PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ENFERMEDADES DE LAS TIROIDES O DE OTRAS GLÁNDULAS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ENFERMEDADES DE LAS VENAS O DE LAS ARTERIAS ANEURISMAS, FLEBITIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) ENFERMEDADES PULMONARES O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) PROBLEMAS DE LA VESÍCULA, ESTÓMAGO O INTESTINOS? ÚLCERAS, DIARREAS FRECUENTES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) TUMORES, CÁNCER, LEUCEMIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) DIABETES O AZÚCAR EN LA ORINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES O VEJIGA, INFECCIONES DE LA ORINA, CÓLICOS NEFRÍTICOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) HEPATITIS, ICTERICIA O ENFERMEDADES DEL HÍGADO O DEL PÁNCREAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) ENFERMEDADES NERVIOSAS O MENTALES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) MOLESTIAS EN LA COLUMNA VERTEBRAL O EN LA ESPALDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) PARÁLISIS O ENFERMEDADES DEL CEREBRO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) ENFERMEDAD O DEFECTOS DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) ARTRITIS, REUMATISMO, NEURITIS, ANEMIA O ENFERMEDADES DE LA SANGRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) ANORMALIDAD O DEFORMIDAD FÍSICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R) ANORMALIDAD O ENFERMEDAD DE TIPO CONGÉNITO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S) INFLAMACIÓN DE LOS GANGLIOS, FIEBRES REPETIDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T) ENFERMEDADES DE LA PIEL, ENFERMEDADES VENÉREAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U) INFECCIONES FRECUENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V) AFECCIONES DE LA PRÓSTATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W) ALTERACIONES EN LA MENSTRUACIÓN O ENFERMEDADES PROPIAS DE LAS MUJERES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EN CASO DE HABER CONTESTADO DE MANERA AFIRMATIVA CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO PARA EL ASEGURADO Y/O LA DECLARACIÓN DE SALUD FAVOR DETALLE EN ESTE ESPACIO. AGRADECEMOS HACER REFERENCIA A LA PREGUNTA AMPLIADA.		

DETALLE LOS SEGUROS QUE EN LA ACTUALIDAD MANTIENE A SU NOMBRE

COMPañÍA	SEGURO DE VIDA (SUMA ASEGURADA)	MUERTE ACCIDENTAL (SUMA ASEGURADA)	SEGURO DE SALUD	AÑO DE EMISIÓN

¿PIENSA CANCELAR ALGÚN SEGURO DE VIDA EN VIGOR?

EXPLIQUE:

¿ALGUNA VEZ LE HAN NEGADO, RECHAZADO, DIFERIDO, CANCELADO, MODIFICADO O NEGADO LA SOLICITUD O LA REHABILITACIÓN DE UN SEGURO DE VIDA, DE ACCIDENTES O DE SALUD?

EN CASO AFIRMATIVO INDÍQUESE:

COMPañÍA	CANTIDAD	FECHA

¿TIENE USTED PENDIENTE ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA, SALUD O REHABILITACIÓN EN ALGUNA OTRA COMPañÍA? SI NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO, FAVOR DETALLAR:

¿HA PARTICIPADO O PLANEA PARTICIPAR EN CUALQUIER ACTIVIDAD DE CARRERAS DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, PARACAIDISMO, BUCEO, U OTRAS ACTIVIDADES PELIGROSAS?

SI NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO, FAVOR DETALLAR:

¿HA SIDO CONDENADO POR MANEJAR BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL Y /O DROGAS, O SE LE HA SUSPENDIDO O REVOCADO SU LICENCIA DE CONDUCIR? SI NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO, FAVOR DETALLAR:

Sólo para Mujeres

PREGUNTAS	SI	NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO DETALLE:
A) ESTAS EMBARAZADA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIEMPO DE GESTACIÓN:
B) HA TENIDO DIFICULTAD EN LOS PARTOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C) HA SUFRIDO DE LOS SENOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D) HA SUFRIDO DE LA MATRIZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E) HA SUFRIDO DE LOS OVARIOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F) HA TENIDO ABORTOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Antecedentes Familiares

HISTORIAL FAMILIAR	EDAD	Vivo		ESPECIFIQUE ESTADO DE SALUD O MUERTE
		SI	NO	
PADRE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MADRE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CÓNYUGE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*HERMANOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*HIJOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(*ANOTAR ÚNICAMENTE LAS EDADES DEL MAYOR Y MENOR)

IX DECLARACIÓN DEL CORREDOR

1. ¿DESDE CUÁNDO CONOCE USTED AL PROPUESTO ASEGURADO?

2. ¿CUÁLES SON LOS INGRESOS ANUALES DEL PROPUESTO ASEGURADO Y DE QUÉ ACTIVIDADES LOS RECIBE?

3. ¿CUÁL ES LA NECESIDAD QUE BUSCA CUBRIR EL SEGURO AQUÍ SOLICITADO?

4. ¿CON QUIÉN RESIDE EL PROPUESTO ASEGURADO?

5. ¿TIENE CÓNYUGE? SI NO ¿CUÁL ES SU NOMBRE COMPLETO Y SU EDAD?

6. ¿TIENE SEGURO DE VIDA EN VIGOR? SI NO ¿QUÉ SUMA ASEGURADA? SI NO TIENE, ¿POR QUÉ NO?

7. ¿TIENE HIJOS? SI NO INDIQUE CUÁNTOS Y LA EDAD DE CADA UNO

8. ¿TIENE USTED CONOCIMIENTO DE ALGUNA INFORMACIÓN SOBRE EL CARÁCTER, OCUPACIÓN, ACTIVIDADES QUE PRÁCTICA O SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO, QUE PUDIERA AFECTAR EL RIESGO Y QUE NO HA SIDO DECLARADA EN LA SOLICITUD?

EN CASO AFIRMATIVO DÉ DETALLES:

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE TODAS LAS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS COMPLETAMENTE SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, E INCONDICIONALMENTE RECOMIENDO AL SOLICITANTE COMO SUJETO DE SER ASEGURADO PARA LOS PROPÓSITOS DEL SEGURO POR ÉL SOLICITADO.

.....
FIRMA DEL CORREDOR

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.

X AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PROPUESTO

POR ESTE MEDIO, YO, EL ASEGURADO NOMBRADO EN ESTA SOLICITUD DE SEGURO, 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 DEL 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, PRESENTE 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 LAS 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 AUTORIZADO. POR TAL EFECTO, UNA FOTOCOPIA DE ESTA SOLICITUD SERÁ TAN VÁLIDA COMO SU ORIGINAL.

.....
FIRMA DEL ASEGURADO PROPUESTO

XI DECLARACIÓN DEL ASEGURADO PROPUESTO

DECLARO Y HAGO CONSTAR POR ESTE MEDIO, QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y RESPUESTAS CONTENIDAS EN TODAS LAS PARTES DE ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA, ASÍ COMO AQUELLAS HECHAS AL MÉDICO EXAMINADOR DURANTE EL EXAMEN MÉDICO REQUERIDO POR LA COMPAÑÍA, SON COMPLETAS Y VERACES. QUE NO HE OCULTADO DETALLES IMPORTANTES RELACIONADOS CON MI ESTADO DE SALUD Y CONVENGO:

1. QUE LA COMPAÑÍA DISPONDRÁ DE TREINTA (30) DÍAS HÁBILES PARA CONSIDERAR Y DARLE CURSO A LA PRESENTE SOLICITUD
2. QUE SI SE EMITIERE LA PÓLIZA, ÉSTA NO ENTRARÁ EN VIGOR HASTA TANTO NO ME HAYA SIDO ENTREGADA PERSONALMENTE Y HAYA SIDO ACEPTADA POR MÍ, MIENTRAS ME ENCUENTRE EN VIDA Y EN BUENA SALUD Y HAYA SIDO PAGADA LA PRIMERA PRIMA
3. QUE EN CASO QUE SE EMITA LA PÓLIZA EN VIRTUD DE ESTA SOLICITUD, LAS DECLARACIONES Y RESPUESTAS CONTENIDAS AQUÍ Y EN EL FORMULARIO DEL EXAMEN MÉDICO FORMAN PARTE DEL CONTRATO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL (LA) SUSCRITO(A), CUYOS ORIGINALES REPOSARÁN EN EXPEDIENTE A MI NOMBRE EN LOS ARCHIVOS DE LA COMPAÑÍA.
4. CUALQUIER PROMESA O DECLARACIÓN HECHA POR UN CORREDOR U OTRA PERSONA NO OBLIGARÁ A LA COMPAÑÍA A MENOS QUE SE HAGA POR ESCRITO Y SEA APROBADA POR LA COMPAÑÍA.
5. ACEPTO QUE EL PAGO DE CUALQUIER PRIMA INICIAL QUE SE CONSIGNE PARA LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD SOLO CONLLEVARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA QUE SE ESTIPULE EN EL RECIBO CONDICIONAL IDENTIFICADO CON EL MISMO NÚMERO DE ESTA SOLICITUD. EL PAGO QUE LA ASEGURADORA SE OBLIGA EFECTUAR DE CONFORMIDAD CON LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL RECIBO CONDICIONAL, ESTÁ BASADO ÚNICAMENTE Y EXCLUSIVAMENTE EN LA MERA LIBERALIDAD DE LA ASEGURADORA DE HACER DICHO PAGO EN LA FORMA ALLÍ ESTABLECIDO, QUEDANDO ENTENDIDO QUE EL MENCIONADO RECIBO CONDICIONAL, NO ES LA PÓLIZA DE SEGURO. CONVENGO EN QUE CUALQUIER PAGO QUE LA ASEGURADORA EFECTÚE EN BASE AL RECIBO CONDICIONAL NO SERÁ EN NINGÚN CASO MAYOR DE B/.100,000.00 AUNQUE EL PAGO INICIAL RECIBIDO PARA LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD SEA POR LA TOTALIDAD DE LA SUMA ASEGURADA SOLICITADA.
6. SI NO FUERE HECHO PAGO ALGUNO CON ESTA SOLICITUD, NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA DE PARTE DE LA COMPAÑÍA, EN BASE AL RECIBO CONDICIONAL O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, SINO HASTA QUE ME SEA ENTREGADA UNA PÓLIZA ESTANDO YO EN BUENA SALUD Y SEA PAGADA LA PRIMERA PRIMA.
7. 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 COMPAÑÍA.
8. ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN EL RECIBO CONDICIONAL.

FIRMADO EN _____, EL _____ DE _____ DE _____ .

.....
FIRMA DEL ASEGURADO PROPUESTO

.....
FIRMA DEL CONTRATANTE O DUEÑO DE LA PÓLIZA
(SÓLO SI ES DIFERENTE AL ASEGURADO PROPUESTO)

DATOS DEL CORREDOR

NOMBRES Y APELLIDOS	NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / RUC	CÓDIGO
---------------------	----------------------------------	--------

.....
FIRMA DEL CORREDOR

RECIBÍ DE: _____ CON CÉDULA/RUC: _____ LA SUMA DE: _____
(B/. _____), PARA SER APLICADA AL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA DEL
SEGURO DE VIDA CORRESPONDIENTE A: _____ CON CÉDULA/RUC _____ CON SUMA
ASEGURADA DE B/. _____ . EL PAGO ARRIBA INDICADO ES EL QUE EL ASEGURADO PROPUESTO ACUERDA PAGAR.
FECHADO EN PANAMÁ, EL DÍA _____ DE _____ DE _____

.....
FIRMA DEL CORREDOR

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO

1. ESTE SEGURO SURTIRÁ EFECTO CONDICIONALMENTE HASTA LA SUMA SOLICITADA POR EL PROPUESTO ASEGURADO, PERO EN NINGÚN CASO SUPERARÁ LA SUMA MÁXIMA DE B/.100,000.00, ESTO EN CASO DE HABERSE SOLICITADO ESE MONTO, O MÁS, Y DESDE LA FECHA DE LA SOLICITUD (CUANDO NO SE REQUIERA UN EXAMEN MÉDICO), O LA FECHA DEL EXAMEN MÉDICO CUANDO ÉSTE ES REQUERIDO, SUJETO, SIN EXCEPCIÓN ALGUNA, A LAS ESTIPULACIONES SEÑALADAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, SIEMPRE QUE SE PRESENTEN PRUEBAS SATISFACTORIAS DE ASEGURABILIDAD A LA COMPAÑÍA, Y QUE CONFIRMEN QUE EL ASEGURADO PROPUESTO ERA UN RIESGO NORMAL, DE ACUERDO A LAS NORMAS DE LA COMPAÑÍA QUE RIGEN CON RESPECTO A LA ACEPTACIÓN DE RIESGOS Y QUE LA SOLICITUD ERA TAMBIÉN ACEPTABLE BAJO LOS REGLAMENTOS Y NORMAS DE ASEGURAMIENTO DE LA COMPAÑÍA PARA EL PLAN Y LA SUMA ASEGURADA SOLICITADA. TODO ESTO BASADO EN QUE LA INFORMACIÓN BRINDADA POR EL PROPUESTO ASEGURADO ES VERDADERA. QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE ESTA PROTECCIÓN PROVISIONAL, CUALESQUIERA CONTRATOS SUPLEMENTARIOS QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS EN COMPLEMENTO DEL SEGURO DE VIDA BÁSICO.
2. SI DENTRO DE SESENTA (60) DÍAS HÁBILES, A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA SOLICITUD, EL ASEGURADO PROPUESTO NO RECIBIERA LA PÓLIZA O SI NO SE LE NOTIFICARA SU APROBACIÓN O RECHAZO DURANTE TAL PERÍODO, LA MISMA SE CONSIDERARÁ RECHAZADA Y LA COMPAÑÍA REINTEGRARÁ AL ASEGURADO PROPUESTO O AL CONTRATANTE LA SUMA PAGADA POR ÉL. A PARTIR DE ESTE MOMENTO ESTA COBERTURA PROVISIONAL QUEDARÁ SIN EFECTO ALGUNO, Y SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA LA FLORESTA.
3. ESTE RECIBO CONDICIONAL NO SERÁ VÁLIDO A MENOS QUE:
 - (A) LA DESCRIPCIÓN DE PAGO A QUE SE HACE REFERENCIA EN ESTE RECIBO CONCUERDE CON LA CANTIDAD Y MODO DE PAGO DESCRITOS EN LA SOLICITUD;
 - (B) EL NOMBRE Y NÚMERO DE CÉDULA DEL SOLICITANTE INDICADO EN EL PRESENTE RECIBO SEA IDÉNTICO AL QUE APARECE EN LA SOLICITUD;
 - (C) LA FECHA, EL NÚMERO DE ESTE RECIBO Y DE LA SOLICITUD, SEAN IGUALES.

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