

I DATOS DE LA SOLICITUD				
FECHA DE SOLICITUD	TIEMPO A FINANCIAR:	NÚMERO DE PÓLIZA	VIGENCIA DESDE	HASTA INDIQUE SUMA ASEGURADA
II DATOS PARA SER LLENADO POR LA INSTITUCIÓN FINANCIERA				
RAZÓN SOCIAL		RUC:	NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA CONTACTO:	
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
DESCRIBA DIRECCIÓN			OFICINA	CELULAR
PUNTO DE REFERENCIA				
CORREO ELECTRÓNICO (PRINCIPAL)			CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)	
III FORMAS DE PAGOS				
<input type="checkbox"/> DESCUENTO DE TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA ACH <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA BANCA EN LÍNEA <input type="checkbox"/> DESCUENTO EN PLANILLA <input type="checkbox"/> PAGO VOLUNTARIO				
FRECUENCIA: <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL			INDIQUE CANTIDAD DE CUOTAS:	
DIRECCIÓN DE COBRO:				
IV DATOS DEL ASEGURADO				
NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL			NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / PASAPORTE / RUC	NACIONALIDAD
GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PROFESIÓN	ESTADO CIVIL
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<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
DESCRIBA DIRECCIÓN			OFICINA	CELULAR
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
DESCRIBA DIRECCIÓN			OFICINA	CELULAR
PUNTO DE REFERENCIA				
CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL)			CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)	
V CUESTIONARIO PARA EL ASEGURADO				
NOMBRES Y APELLIDOS			NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / PASAPORTE	
EDAD		ESTATURA		PESO

EN CASO DE RESPONDER DE FORMA AFIRMATIVA LAS PREGUNTAS, FAVOR DETALLAR EN EL ESPACIO EN BLANCO

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.	Fecha de Nacimiento (día / mes / año)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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.

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.

EN LA CIUDAD DE _____, A LOS _____ DEL MES _____ DE _____.

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

VII 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