

Número de Póliza

Número de Solicitud

## SOLICITUD DE SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES (TRIPLE PROTECTOR)

Propuesto Asegurado:					
(Apellidos)		(Nombres)			
Nacido en:	Día	Mes	Año	Sexo	
Ocupación:	Apartado Postal:		País donde tributa:		
Domicilio en:		Dirección de correo electrónico:			
Cédula:	Tel. Residencial:	Tel. Oficina:	Celular:		
Suma Asegurada Solicitada (Min. \$10,000.00 / Máx \$30,000.00)	\$10,000.00 <input type="checkbox"/>	\$20,000.00 <input type="checkbox"/>	\$30,000.00 <input type="checkbox"/>	Prima:	
Modo de Pago:	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Observaciones
Método de Pago	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	ACH <input type="checkbox"/>	Des. de Salario <input type="checkbox"/>	Voluntario Anual <input type="checkbox"/>	Otros:

### Declaraciones del propuesto Asegurado (Sólo responde con SI o NO)

	Pregunta	SI	NO
1.	Padece, ha sido tratado o ha sido diagnosticado de alguna forma de cáncer o ha sido avisado de alguna condición actual que puede ser cancerosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Padece, ha sido tratado o ha sido diagnosticado como HIV positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Padece, ha sido tratado o ha sido diagnosticado con una condición cardíaca o del sistema coronario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Padece, ha sido tratado o ha sido diagnosticado con un derrame?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Padece, ha sido tratado o ha sido diagnosticado con presión sanguínea alta o hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si responde "SI" a cualquiera de las preguntas usted no califica para este producto.

### Designación de Beneficiarios

Beneficiarios Principales	Edad	Cédula	Parentesco	%
Contingente	Edad	Cédula	Parentesco	%

### Instrucciones Especiales para el Pago de Beneficios

### DECLARACIONES DEL PROPUESTO ASEGURADO

Declaro haber leído las respuestas escritas más arriba que concuerdan con las que he dado. "Declaro además para todo efecto, que las informaciones y las respuestas anteriores están completas, exactas y veraces y que no he callado, omitido o alterado ninguna circunstancia o información importante concerniente a mi estado de salud pasado y presente y mis hábitos de vida. Convengo que dichos datos y las informaciones que se han solicitado, son elementos esenciales y necesario para la evaluación del riesgo por parte de la Compañía de Seguros. Además comprendo que si se ha omitido información relevante al riesgo, esto puede invalidar el contrato afectar beneficios futuros. Comprendo que no podré reclamar contra esta póliza si una enfermedad grave es diagnosticada antes de que esté contrato esté vigor por 180 días.

Dispensó del secreto a todos los médicos a cuyas prestaciones haya acudido o podría acudir, ya sea antes o bien después de la suscripción del presente formulario, como también a los Hospitales, las Clínicas, las Instituciones, las Clínicas particulares, los Institutos en general, Públicos y Particulares que puedan poseer informaciones que atengan a mi persona, a los que la Compañía quisiera recurrir, autorizándoles expresamente e invitándoles a facilitar toda la información, certificación y documentación necesaria. Autorizo además que la Compañía de Seguros brinde informaciones sobre mi persona a otras personas o Instituciones por necesidades técnicas, estadísticas, de Seguros o de Reaseguros.

Firma del Propuesto Asegurado

Firma del Corredor

Fecha



CS10037

Código



"REGULADO Y SUPERVISADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS DE PANAMÁ"

Número de Solicitud

He recibido de \_\_\_\_\_ con cédula \_\_\_\_\_

la suma de \_\_\_\_\_ en concepto de solicitud de Seguro de enfermedades graves. Sagicor Panamá no asume riesgo alguno hasta no haber emitido el contrato y el mismo haya sido aceptado por el asegurado mediante acuse de recibido

Nombre del Corredor: \_\_\_\_\_ Firma del Corredor: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_