

SOLICITUD PARA SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD DE COVID19

Solicitud N° _____

Esta solicitud debe ser llenada con letra legible o preferiblemente a computadora, sin tachones, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, podrá ser rechazada.

I. ASEGURADO PROPUESTO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad
				Día	Mes
				Año	
N° de Cédula:	N° Seguro Social:	Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:		
Estado Civil:	Dirección Residencial:				
Teléfonos:	e -mail:	Apartado:	Zona:	Ciudad:	País:
Empresa donde Trabaja:		Teléfono:	Fax:		
Apartado:	Zona:	Ciudad:	País:	Posición:	Ingreso Anual:
Funciones Actuales:		Años en este trabajo:	Lugar (es) donde tributa:		

II. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL (Incluye cobertura en seguros colectivos o de grupo)

¿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? Si la respuesta es **SI**, indique el nombre de la compañía aseguradora y la fecha cuando sucedió.

¿Tiene pendiente alguna solicitud o alguna rehabilitación de seguro de vida en otra aseguradora? Si la respuesta es **SI**, indique el nombre de la compañía aseguradora, la suma asegurada y la fecha.

III. PLAN DE SEGURO SOLICITADO

Modelo de Póliza:	Suma Asegurada:	Modo de Pago: Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Descuento de Planilla 11 meses <input type="checkbox"/> Descuento de Planilla 12 meses <input type="checkbox"/> Cuenta Bancaria <input type="checkbox"/> Cargo a Tarjeta de Crédito					
Dirección y fecha de cobro:		1 ^{ra} quincena		2 ^{da} quincena	
Nombre del Pagador de Prima, si no es el Propuesto Asegurado:			Fecha de Nacimiento:	Edad:	
N° de Cédula o R.U.C.		Fecha de Nacimiento (si es persona natural):			
Prima pagada con esta solicitud: B/. _____		<input type="checkbox"/> Al contado	<input type="checkbox"/> Cheque # _____	Banco: _____	

IV. COBERTURAS BÁSICAS

	PLAN A <input type="checkbox"/>	PLAN B <input type="checkbox"/>
Indemnización por Muerte a causa de COVID19	B/. 5,000.00	B/. 5,000.00
Indemnización Diaria por Hospitalización por la Enfermedad COVID-19	B/. 75.00	B/. 100.00
Indemnización por Reclusión en una Unidad de Cuidado Intensivo por Complicación Directa a la Enfermedad COVID-19	B/. 2,000.00	B/. 3,000.00

V. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Beneficiarios Principales	Edad	Parentesco	%	Beneficiarios	Edad	Parentesco	%

Instrucciones Especiales:

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a _____ Con Cédula de Identidad Personal # _____, y en su defecto a _____ con Cédula de Identidad Personal # _____, a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma de dinero que reciba(n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse a esta(s) persona (s) como beneficiario(s) de este seguro.

VI. PREGUNTAS DE ASEGURABILIDAD/Favor contestar las siguientes preguntas: (Incluya diagnóstico, fecha, duración, nombres y direcciones de todos los médicos que intervinieron y la institución de salud donde estuvo recluso).

PREGUNTAS	SI	NO	Explicación
1. ¿Ha sido usted diagnosticado con la enfermedad COVID-19 o ha presentado síntomas por los cuales sospecha estarlo, según lo establece la Organización Mundial para la Salud (OMS), como lo son: fiebre, tos seca, cansancio, molestias y dolor corporal, dolor de garganta, diarrea, conjuntivitis, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o del gusto, erupciones cutáneas o pérdida del color en los dedos de las manos o de los pies, dificultad para respirar o sensación de falta de aire, dolor o presión en el pecho, incapacidad para hablar o moverse; o tiene conocimiento de que alguna persona con la cual usted tuvo contacto dentro los 14 días previos a la firma de esta solicitud haya sido diagnosticada con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Se encuentra usted actualmente encamado en su hogar o está hospitalizado o en un Hogar de Hospicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Durante los 2 años previos a la firma de esta solicitud, ¿ha sido usted diagnosticado(a) con Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedades del Sistema Cardiovascular, Enfermedades del Sistema Cerebrovascular, Asma o Bronquitis Crónica, Enfisema Pulmonar, Enfermedad Crónica Obstructiva del Pulmón u Obesidad Mórbida; ha sido trasplantado o se encuentra actualmente bajo tratamiento de diálisis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o condiciones relacionadas al SIDA, o Cáncer o alguna enfermedad o trastorno mental; o se encuentra recibiendo actualmente tratamiento por alguna de las mismas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Durante los últimos 20 días previos a esta solicitud, ¿está pendiente a realizarse exámenes de diagnóstico, de recoger los resultados de los mismos o de entregarlos a su Médico Tratante para su debida evaluación, o ha presentado alguna sospecha o motivo por el cual deba acudir a una evaluación médica, o está pendiente de realizarle un examen preventivo o de rutina debido a que ha tenido resultados previos fuera de los límites normales, o su Médico Tratante ha observado o detectado algo que requiera una evaluación más profunda o exámenes más específicos para lograr un diagnóstico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 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.

Fecha en _____ el _____ de _____ de 20 _____

Propuesto Asegurado

Contratante (si no es el Asegurado Propuesto)

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO**AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN PROFESIONAL**

Panamá__de____de_____

Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, clínica u hospital, Caja de Seguro Social o cualquier institución de salud, en cualquier parte del mundo donde me hubiesen prestado servicios, para que suministre a **ASEGURADORA ANCÓN, S.A.** cualquier información médica, incluyendo datos y antecedentes patológicos o información que reposa en pruebas laboratorio, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registro profesionales referentes a mi salud, incluyendo suministrar copia fotostática de los mismos, para lo cual, relevo de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dichos informes o su copia.

Doctor
Director Médico
Caja de Seguro Social Ciudad

Yo, _____ con Seguro Social N° _____
Sobre la base de lo que dispone el Artículo 84-D de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, solicito a usted, muy respetuosamente, que me suministre los datos requeridos en el formulario que le adjunto.

Atentamente,

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Propuesto Asegurado

Testigo (Corredor de Seguros)

Firma: Asegurado Propuesto

Testigo (Corredor de Seguros)

AUTORIZACIÓN DE TRÁMITE DE LA SOLICITUD Y SELECCIÓN PARA EL ENVÍO DE PÓLIZA Y OTROS

AUTORIZO a **Aseguradora Ancón S.A.** a que tramite esta solicitud y cualquier cambio futuro a la póliza (de ser aprobada); y a que, igualmente, me envíen la póliza o cualquier documento solicitado por mí relacionado a las mismas, mediante:

Métodos Electrónicos y/o Digitales Correo Regular Mi Representante Autorizado o Productor

Consiento que **Aseguradora Ancón S.A** me envíe los avisos, estados de cuenta, informes, contestaciones a solicitudes de información, querellas, pólizas, o cualquier otro material informativo sobre el seguro a la dirección de correo electrónico provista en esta solicitud o por medios electrónicos seguros. Entiendo que **Aseguradora Ancón S.A** enviará el documento de forma que pueda imprimirlo y retenerlo para referencia futura.

Entiendo que con este consentimiento:

1. No pierdo el derecho a optar por que se me envíe la póliza impresa por correo o personalmente, si así lo solicito, aún cuando se haya enviado electrónicamente;
2. Soy responsable de mantener actualizada toda mi información de contacto;
3. Cuando sea necesario, **Aseguradora Ancón S.A** me notificará cualquier cambio en las especificaciones del equipo o aplicación que sea necesario para acceder o retener los documentos o información electrónica que me remita.

Este consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento y puedo solicitar el envío de la póliza impresa, así como de cualquier documento que haya sido enviado electrónicamente, por correo o personalmente, sin costo alguno; mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente de **Aseguradora Ancón S.A** en la cual especifico, como mínimo, mi nombre completo, número de contrato y fecha de efectividad de la revocación.