

SOLICITUD DE PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

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.

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre completo:	Cédula o R.U.C.:
Dirección:	Casa#
Apartado postal: E-mail:	Tel.: Fax:
Dirección de cobros:	Tel.:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellido	Cédula o R.U.C.:
Dirección:	
Teléfonos:	Apartado postal:
Fecha de nacimiento:	Profesión:
Empresa en la que presta servicio:	
Cargo que desempeña:	Lugar (es) donde tributa:
¿Tiene alguna otra ocupación? Si _____ No _____	En caso de afirmativo indique en qué consiste
Es usted Piloto? Si _____ No _____	Privado _____ Comercial _____

VIGENCIA DEL SEGURO:

DESDE:

HASTA:

TARIFAS:	SUMA ASEGURADA	PRIMA MENSUAL
Cobertura básica:		
Coberturas adicionales:		
Homicidio doloso:		
Doble indemnización por invalidez total y permanente		
Muerte accidental en vuelos de aeronaves privadas		
Incapacidad temporal por accidente a partir del día		
Gastos médicos por accidente Deducible:		
Indemnización por hospitalización por accidente o urgencia médica		
Forma de pago: <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> T/C <input type="checkbox"/> Desc. Directo <input type="checkbox"/> ACH	Total de la prima	
Modo de pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Anual	I.T.B.M.	
# de recibo:	PRIMA TOTAL ANUAL	

BENEFICIARIO EN CASO DE MUERTE	CÉDULA	PARENTESCO	%
Adm. Fiduciario			

OTROS DATOS DEL ASEGURADO	SÍ	NO	EXPLIQUE
¿Practica algún deporte o pasatiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Padece o ha padecido enfermedades crónicas o graves? (epilepsia, vértigo, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades de los ojos, oídos u otras aquí no especificadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene alguna mutilación, deformación o defecto físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene algún otro seguro de accidentes personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Declaró que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base de la emisión o rehabilitación de este seguro. De igual forma, entiendo que cualquier información falsa, errónea o inexacta puede ser causal del rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Yo, el Asegurado propuesto, certificó que mediante la firma de este documento, autorizó a cualquier médico, clínica u hospital para que suministre a ASEGURADORA ANCON S.A. cualquier información médica sobre mi persona.

Queda entendido y acordado que la cobertura de este seguro será efectiva desde la fecha que así lo designe la Compañía, una vez haya evaluado el riesgo. La Compañía tiene el derecho a la prima cobrada desde la fecha de efectividad designada. La Compañía no tramitará ninguna solicitud de seguros que no venga acompañada con el pago de la primera prima.

Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a ASEGURADORA ANCON S.A., para que traten los datos personales que he incluido en el presente formulario, con el fin de desarrollar las actividades propias de los contratos de seguros, celebrados entre mi persona y la aseguradora. Los datos suministrados serán tratados de acuerdo con la política de protección de datos de ASEGURADORA ANCON S.A. Como Titular de la información tengo derecho a acceder, rectificar, cancelar, oponerme y solicitar la portabilidad de mi información personal, siempre y cuando, no exista un deber legal o contractual que lo impida. De acuerdo con lo anterior, los canales dispuestos para la atención de consultas, quejas y reclamos están publicados en la política de protección de datos de Aseguradora Ancón a través del sitio web <https://www.asegurancon.com/>. Fundamentada en la Ley 81 de marzo de 2019.

Hecho en la ciudad de Panamá a las _____ horas del día _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado Propuesto: _____ Fecha: _____

Firma del Contratante: _____ Fecha: _____

Firma y Nombre del Corredor: _____ Licencia N: _____