

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

| | | |
|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL | <input type="checkbox"/> PERSONA JURÍDICA | Nombre Completo: |
| Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Fecha de Nacimiento o Constitución: Día/ Mes/ Año/ | R.U.C. / Cédula / Pasaporte: |
| País de Nacimiento o Constitución: | Nacionalidad: | País de Residencia: |
| Dirección Residencial: | | E-mail: |
| Tel. Residencia: | Celular: | Estado civil: |
| Profesión/Actividad Económica: | Ocupación Actual: | |
| Empresa donde Trabaja: | Lugar (es) donde tributa: | |
| Tel. de Ofic: | Corredor: | |
| Dirección del Cobro: | | |

COBERTURA

| | |
|------------------------------------|---------------|
| Plan: | Opción: |
| Observación: | |
| Prima mensual: Asegurado | Dependientes: |
| Nota: Adjuntar cotización del plan | |

DATOS DEL ASEGURADO Y LOS DEPENDIENTES A SER INCLUIDOS EN LA PÓLIZA

| Nombres y Apellidos | Cédula | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | Peso | Estatura | Parentesco | Nacionalidad |
|---------------------|--------|---------------------|------|------|------|----------|------------|--------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/.10,000.00

¿EL total de las primas anuales que usted paga, son iguales o superan los B/.10,000.00? Si No

PERFIL FINANCIERO DE PERSONA NATURAL

| Ingreso Anual Actividad Principal | | Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s) | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil USD anual | <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil USD anual |
| <input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil USD anual | <input type="checkbox"/> Más 50 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil USD anual | <input type="checkbox"/> Más 50 mil USD anual |
| ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), o familiar, colaborador o persona de confianza de un PEP? En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador. | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Identifique si usted ha sido objeto de investigación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique. | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción

Declaro que todas mis actividades se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:

Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio: _____

PERFIL FINANCIERO DE PERSONA JURÍDICA

| Ingreso Anual Actividad Principal | | Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s) | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual | <input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual |
| <input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual | <input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual | <input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual | <input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual |
| Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal, apoderado o la persona jurídica que representa, son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique. _____ | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal o apoderado de la persona jurídica es una persona expuesta políticamente (PEP). En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador. _____ | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción

Declaro que todas las actividades que ejerce la persona jurídica, se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:

Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio: _____

| Cargo | Nombre | Cédula o Pasaporte | Nacionalidad |
|--|--------|--------------------|--------------|
| Presidente | | | |
| Secretario | | | |
| Tesorero | | | |
| Otro Dignatario | | | |
| Director | | | |
| Director | | | |
| Director | | | |
| Representante Legal o Apoderado Registrado | | | |

Accionistas, beneficiarios y/o propietarios reales con más de 10% de las acciones de la sociedad

| Nombre | Nacionalidad | Cédula o Pasaporte | Porcentaje Accionario |
|--------|--------------|--------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Agente Residente

Nombre: _____ Dirección: _____

DATOS DE COBRANZA

Responsable de pagos

Igual al contratante de la póliza

Igual al asegurado de la póliza

El responsable del pago es distinto, favor completar:

Cédula / Pasaporte o RUC: _____

Nombre completo: _____

Si el responsable de pago es distinto al contratante asegurado deberá completar un formulario con sus datos creación o actualización

FORMA DE PAGO

a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales)

Visa ___ Master Card ___ Diners ___ American Express

No. de tarjeta: _____

Banco: _____ Fecha de expiración: _____ (mm/aaaa)

b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario)

c) Remesa (solo corredor autorizado)

d) Directo en caja (segun cantidad de pagos establecidos en el plan de negocios actual)

Cantidad de pago: _____

Un pago anual _____ _____ pagos mensuales

Día de pago: _____

Segun fecha de emisión de su póliza.

Cuenta para pago de indemnizaciones u otros:

Nombre titular de la cuenta: _____ Banco: _____

Tipo de cuenta: Cuenta de ahorros _____ Cuenta corriente _____ No. de la cuenta: _____

Los beneficios cubiertos bajo esta póliza serán pagados al Asegurado Principal. En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, cualquier indemnización acumulada y no pagada, devolución de prima o cualquier otro pago que corresponda en razón de esta póliza de seguro, será pagadera a:

Nombre: _____ Cédula o Pasaporte: _____

EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por enfermedad o condición pre-existente se entiende que es cualquier condición, enfermedad, lesión, síntoma, dolencia o alteración de la salud que se manifiesta o aparece por primera vez, o se trata médicamente antes de la fecha de efectividad de la póliza.

Las condiciones pre-existentes no declaradas en la solicitud no serán cubiertas en ningún momento.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, LAS CUALES APLICAN PARA USTED Y CADA DEPENDIENTE A SER ASEGURADO. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA CIRCULE LA CONDICIÓN Y LLENE LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA EN LAS COLUMNAS QUE SIGUEN A CADA PREGUNTA ANOTANDO EL NOMBRE DE LA PERSONA(S) A QUIEN CORRESPONDA

A. Alguna vez en su vida ha tenido síntomas (aunque no los haya tratado), ha padecido, se le ha aconsejado sobre o se le ha informado que sufre de, o ha recibido tratamiento o le han practicado cirugía por alguna de las siguientes condiciones?

| | SI | NO | FECHA | DESCRIBA |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|----------|
| 1. ¿Ha consultado a algún médico? ¿Por qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. ¿Le han hecho algún examen médico o físico? ¿Por qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. ¿Ha estado recluso en un hospital o institución similar? ¿Por qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. ¿Está o ha estado bajo algún tratamiento médico? ¿Toma algún medicamento? Indique cuál y por qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. ¿Tiene pendiente alguna cirugía o le han indicado que debe hacerse una? Explique ¿Por cuánto tiempo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 6. Infecciones por contacto sexual: gonorrea, sífilis, clamidia u otra enfermedad venérea o cualquier enfermedad de los órganos genitales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. Enfermedad del corazón, de la circulación, angina de pecho, presión arterial alta o baja, defecto cardíaco, enfermedad en las venas o arterias, infarto cardíaco, fiebre reumática. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Diabetes, leucemia, hemofilia o trastorno de la coagulación. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 9. Enfermedad de los riñones (nefritis o cálculos renales), problemas de la vejiga o próstata. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 10. Enfermedades del aparato digestivo, del hígado, bazo, vesícula biliar, páncreas, estómago, intestinos, recto, úlceras, hernias, colitis, ictericia, hemorroides, diarrea o vómito por más de dos días consecutivos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 11. Enfermedades de los pulmones, del aparato respiratorio, tuberculosis, bronquitis crónica, o asma, rinitis. ¿Se ha hecho alguna radiografía del tórax? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 12. Enfermedades del sistema nervioso, epilepsia o desorden del cerebro, desmayos, convulsiones, parálisis, migraña, dolores de cabeza. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 13. Sufre o ha sufrido de alergias, intolerancia a medicamentos, alimentos o reacciones alérgicas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 14. Cualquier enfermedad de tiroides, bocio, trastornos endocrinos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 15. Algún tipo de cáncer, absceso, tumor, lunar, anemia, leucemia, crecimiento o inflamación de los ganglios linfáticos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 16. Alguna deformidad o defecto congénito o pérdida del uso de un ojo o de un miembro del cuerpo. Problemas en los oídos o mala audición. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 17. ¿Usa lentes? Por Qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 18. Eczema, dermatitis u otro trastorno de la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 19. Infecciones como malaria, difteria, escarlatina u otra (s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 20. Gota o desorden de los huesos, las articulaciones, la espalda o columna vertebral, hernia discal, lumbago, osteoporosis, artritis, neuritis, traumatismo, túnel del carpo o esclerosis múltiple. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 21. Otitis, Sinusitis, desviación del tabique nasal, trauma nasal u otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

B. EN CASO DE SER MUJER RESPONDA A CONTINUACIÓN

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 1. Ha tenido o se le ha diagnosticado alguna enfermedad, nódulos o problemas en los senos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Ha tenido o se le ha diagnosticado enfermedad o problemas en la matriz, ovarios, trompas de falopio o cervix? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Ha sufrido algún síntoma, trastorno o enfermedad de cualquier parte del aparato reproductivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Ha sufrido alguna complicación durante un embarazo o parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. Se encuentra o piensa estar embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 6. Ha tenido embarazo de alto riesgo o complicaciones en el parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. Ha recibido, recibe o piensa recibir algún tratamiento por infertilidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Se ha efectuado alguno de los siguientes exámenes: Papanicolau, ultrasonido, mamografía, alguna otra prueba ginecóloga especial? Ha recibido tratamiento por Virus de Papiloma Humano? Por Qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 1. Revisé las preguntas contestadas en la sección VI e indique si ha padecido, recibido o está recibiendo consejo o tratamiento médico odontológico por alguna condición física o lesión no indicada en las preguntas anteriores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Actualmente se encuentra en buen estado de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Indique si sufre de algún síntoma de mala salud que no ha sido diagnosticado aun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (Aplican para usted y para cada dependiente a ser asegurado)

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 1. Esta solicitud es para reemplazar alguna otra póliza de salud? Indique el número y el nombre del asegurador. Ha presentado reclamos en ella? (presente el historial de reclamos con ésta solicitud y los beneficios de la póliza a reemplazar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Ha estado asegurado con póliza de salud en alguna otra ocasión? cuál Aseguradora? La tiene actualmente o piensa conservarla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Tiene seguro de vida? Con cuál Aseguradora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Alguna vez le han denegado, aplazado o limitado un seguro de vida o de salud? Explique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad, hospitalización o reembolso por gastos médicos de alguna aseguradora, de la Caja de Seguro Social, o de alguna otra fuente? Explique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 6. Practica algún deporte o actividad extrema, en forma regular o a nivel profesional? Es piloto o miembro de la tripulación de una aeronave? Explique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. Sufre de alcoholismo, usa drogas o tiene alguna otra adicción? Es usted fumador? Desde cuándo? Cuántos cigarrillos fuma al día? Ha fumado alguna vez? Por cuánto tiempo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Alguna vez le han practicado pruebas para el diagnóstico del SIDA, por alguna enfermedad o condición relacionada con el SIDA (ARC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 9. Alguna vez le han practicado electrocardiograma? Por qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 10. Le han practicado análisis o pruebas de laboratorio? Por qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 11. Ha recibido transfusiones de sangre o sus derivados? Por qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | NOMBRE Y APELLIDO | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|-------------------------------|-------------------|-----------|----------|
| Nombre del Médico de cabecera | | | |
| Nombre del Ginecólogo | | | |
| Nombre del Pediatra | | | |
| Otro | | | |

Declaro bajo la seriedad del juramento que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para el emisión o rehabilitación de este seguro. De igual forma, entiendo que cualquier información falsa errónea o inexacta puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, laboratorio, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra Institución Gubernamental o cualquier otro proveedor de cuidado de salud o asegurador empleador y tenedores de póliza de grupo que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización, a dar a Aseguradora Ancón, S.A. o su representante autorizado esta información, la cual puede incluir información sobre tratamiento psiquiátrico, tratamiento contra el uso de drogas narcóticas o alcohol. También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica sobre mí o mis dependientes a dar tal información a Aseguradora Ancón S.A. o a su representante autorizado. Por tal efecto, una fotocopia de esta solicitud será tan válida como su original.

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

Acepto las exclusiones que se deriven de las enfermedades pre-existentes declaradas en ésta solicitud

Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a ASEGURADORA ANCÓN 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 ANCÓN 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.

FIRMA DEL ASEGURADO PROPUESTO: _____ FECHA: _____
 FIRMA DEL CONTRATANTE: _____ FECHA: _____
 FIRMA Y NOMBRE DEL CORREDOR: _____ LICENCIA N°: _____

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| APROBADO <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> | EVALUADOR: |
| Fecha de Recibo DÍA MES AÑO | N° Recibo | Fecha de Efectividad DÍA MES AÑO |
| PERSONA A QUIEN APLICA | | Fecha de Rechazo DÍA MES AÑO |
| CONDICIONES EXCLUÍDAS | | PERÍODO DE LA EXCLUSIÓN |
| | | |
| | | |
| | | |