

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

<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:					

PERFIL FINANCIERO 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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador. _____			
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"/>			
En caso afirmativo, explique. _____			

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 financiamientos 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"/>			
En caso de afirmativo, explique. _____			

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			
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 DEL ASEGURADO

<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: _____		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: _____		
Funciones Actuales: _____			Años en este trabajo: _____		Ingreso Anual: _____
Empresa donde Trabaja: _____			Lugar (es) donde tributa: _____		
Tel. de Ofic: _____			Corredor: _____		
Dirección del Cobro: _____					
¿Qué otra actividad practica?			¿Qué deportes practica?		
¿Qué vehículos maneja?		¿Maneja moto?	¿Es piloto?	¿Toma o ha tomado clases de aviación?	
¿Con qué frecuencia viaja en avión?		¿Viaja en avión de línea aérea comercial?		¿Utiliza aviones privados?	
¿A que ciudades viaja?			¿Tiene pendiente algún viaje o actividad peligrosa?		Explique: _____

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		

BENEFICIARIO EN CASO DE MUERTE	CÉDULA	PARENTESCO	%

En caso de menores beneficiarios nombrar administrador 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"/>	

DATOS DE COBRANZA	FORMA DE PAGO
Responsable de pagos <input type="checkbox"/> Igual al contratante de la póliza <input type="checkbox"/> Igual al asegurado de la póliza <input type="checkbox"/> 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.	a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales) Visa ___ Master Card ___ Dinners ___ American Express ___ <input type="checkbox"/> No. de tarjeta --- _____ Banco: _____ Fecha de expiración: ___ ____ (mm/aaaa)
	b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario) <input type="checkbox"/>
	c) Remesa (solo corredor autorizado) <input type="checkbox"/>
	d) Directo en caja (segun cantidad de pagos establecidos en el plan de negocios actual) <input type="checkbox"/>
	Cantidad de pago: Un pago anual _____ _____ pagos mensuales Día de pago: _____ Según 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: _____
 corriente

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 medicamente antes de la fecha de efectividad de la póliza. Las condiciones pre existentes no declarados de la solicitud no serán cubiertas en ningún momento

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: _____

“Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá”