

II Segunda Parte

1. Historia Médica

Declaraciones que hace el solicitante y que forman parte de la solicitud presentada a ASSA Compañía de Seguros,S.A.

Nota al Agente:Cada pregunta deberá ser leída al solicitante.

Nota al Solicitante: Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud.

Estatura Exacta (Cm): _____ Peso Exacto: _____

¿Ha disminuído de peso en el último año? Si Cuánto _____ No

Ha consultado algún médico por las siguientes enfermedades o ha padecido alguna de ellas?

Enfermedad o defecto del oído y/o vista	Si	No	Reumatismo o Artritis, Gota	Si	No
Glaucoma	Si	No	Anemia, Anemia Perniciosa	Si	No
Vértigo	Si	No	Tumores Malignos, Cáncer	Si	No
Enfermedades mentales o del sistema nervioso	Si	No	Diabetes	Si	No
Enfermedades del corazón, Venas varicosas, Hipertensión arterial, Afecciones coronarias, Aneurismas	Si	No	Sida	Si	No
Enfermedades de los pulmones	Si	No	Afección de la espina dorsal, Mutilaciones o deformaciones físicas	Si	No
Enfermedades de los riñones	Si	No	Parálisis	Si	No
Epilepsia, Ataques o Convulsiones	Si	No	Esclerosis Múltiple	Si	No

2. Estilo de Vida

1. Es piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario de Aviación.	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
2. Ha participado o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, paracaidismo, buceo, u otras actividades peligrosas? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario De Deportes y Actividades Peligrosas.	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
3. ¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al alcohol o a las drogas?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
4. ¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario de Viaje.	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
5. ¿Viaja como pasajero en vuelos aéreos privados?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

Nota: Si en el transcurso de los próximos dos (2) años y únicamente en ese tiempo, contados a partir de la fecha de esta solicitud, yo efectuare algún cambio en mi actividad o llegara a practicar algún deporte, pasatiempo u ocupación peligroso, quedo comprendido a dar aviso de inmediato a la Compañía.

3. Póliza y Beneficios

Plan _____ Suma Asegurada _____

Cobertura Opcional:

Homicidio Doloso

Muerte Accidental en avión privado

Gastos Médicos

Incapacidad Temporal

Nota: Se requiere adjuntar la cotización del plan.

4. Beneficios

La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal o en su defecto el contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentajes.

Principales					
Primer Apellido/Segundo Apellido	PrimerNombre/ Segundo Nombre	Parentesco	Fecha deNac. Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje
Contingentes					
Primer Apellido/Segundo Apellido	PrimerNombre/ Segundo Nombre	Parentesco	Fecha deNac. Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje

5. Instrucciones especiales para el pago de beneficios

- (1) Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la Póliza que le corresponde debe ser entregado, para su libre administración, a

*** _____ ***cédula _____

- (2) Si a mi fallecimiento no existen Beneficiarios Principales y el o los Beneficiarios Contingentes fueren menores de edad, el producto de la Póliza que le(s) corresponda debe ser entregado, para su libre administración a

*** _____ ***cédula _____

- (3) Todas las instrucciones se ajustan a las estipulaciones o cláusulas generales y especiales de la Póliza. Si el producto de la Póliza ha sido cedido a persona natural o jurídica distinta a los beneficiarios designados, la Compañía de Seguros considerará esta instrucción del pago a Beneficiario nula y sin valor. De haber algún sobrante luego de cumplida la obligación contraída por cualquiera cesión, la Compañía de Seguros le entregará a los beneficiarios que tengan derecho a recibirlo conforme a estas Instrucciones Especiales.

Salvo que se estipule en sentido contrario: (A) El producto se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como Beneficiarios Principales que sobrevivan al Asegurado, pero si no sobrevive ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiarios Contingentes que sobrevivan al Asegurado, (B) Resérvese al dueño el derecho de cambiar Beneficiario.



Compañía de Seguros, S.A.

Recibo No. _____

Fecha: _____ de _____ de 20 _____

B/. _____

Hemos recibido de _____, portador de la cédula de Identidad personal No. _____, la suma de _____ Balboas en pago por haber entregado hoy en nuestras oficinas una solicitud de seguro de accidentes personales. Este recibo no implica la existencia de un contrato de seguro válido entre el solicitante aquí mencionado y ASSA Compañía de Seguros, S.A., el cual sólo será válido cuando conste por escrito, de acuerdo a la legislación vigente en la República de Panamá.

Este recibo no debe desprenderse de la solicitud a menos que se haya recibido el pago con la solicitud

III Tercera Parte

1. Autorización del paciente para suministrar datos y revelar información profesional

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional a ASSA Compañía de Seguros, S.A., o a mi corredor de seguros. Renuncio, exonero y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o releven de cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada.

2. Autorización para solicitar y suministrar información de crédito

Doy mi consentimiento y autorizo a ASSA Compañía de Seguros, S.A., a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico. Igualmente libero de toda responsabilidad ASSA Compañía de Seguros, S.A., por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la primera a la segunda parte conjuntamente, y que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento.

Convengo en que ni el seguro de accidentes personales, ni los beneficios adicionales solicitados entrarán en vigor hasta que sea emitida la póliza por la Compañía.

Panamá, _____ de _____ de 20 ____ .

Corredor de seguros - Lic. No.

Firma del solicitante

Firma corredor

(El contratante deberá firmar si los derechos de propiedad no han de ser concedidos al solicitante. Si se trata de una sociedad anónima o una sociedad colectiva, indique el nombre de la Compañía. Fíjese el sello de la Compañía de estar disponible)

Dueño: _____

Firma del contratante

3. Observaciones

Nota: Espacio reservado para comentarios adicionales del cliente o corredor

Formulario de Reembolsos por ACH –Persona Natural

Al completar y firmar este formulario, yo como cliente de ASSA Compañía de Seguros (en adelante “La Compañía”), autorizo y confirmo expresamente que acepto recibir por medio del Sistema de Transferencia Electrónica de Fondos entre Bancos (ACH), todos los reembolsos de reclamos, devoluciones de saldos, otros pagos y desembolsos a mi favor, a partir de la fecha. Para este fin, a continuación proveo mis datos personales, detalles de la entidad bancaria y número de cuenta para los reembolsos.

Datos Personales

Nombre completo: _____ Cédula: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Datos Bancarios / Los datos bancarios deben corresponder al asegurado firmante

Cuenta consolidada para reembolsos de reclamos y devoluciones de saldos a favor:

Nombre de la cuenta: _____ Número de cuenta: _____

Banco: _____ Tipo de cuenta: _____

Si usted desea recibir los **reembolsos de reclamos de gastos médicos** en una cuenta exclusiva, diferente a la detallada en la sección anterior, favor completar los datos siguientes:

Nombre de la cuenta: _____ Número de cuenta: _____

Banco: _____ Tipo de cuenta: _____

**Nota: la cuenta detallada en esta sección aplica únicamente para reembolsos de gastos médicos.*

Declaro y acepto que los datos proporcionados en este formulario son correctos y reales. Por lo cual, libero de cualquier responsabilidad, incluyendo las legales, judiciales y/o administrativas, directa o indirectamente, presente o futura a La Compañía, sus sucursales, filiales y/o entidad controladora, con respecto al presente formulario y la firma del asegurado.

De la misma manera, acepto que La Compañía, se reserve el derecho a:

- Devolver saldos a través del medio por el cual se cobró la prima.
- Pagar reclamos y devolver saldos a favor, por medio de cheque, como medio alternativo, previa comunicación al cliente.

Es responsabilidad del cliente, notificar de manera escrita a La Compañía, cualquier cambio en los datos proporcionados en este documento, para lo cual deberá completar un nuevo formulario.

Firma del asegurado / Dueño de la cuenta bancaria
(Igual que en la cédula)

Fecha

Este formulario debe ser entregado impreso y firmado en original