

Coberturas					
Plan Solicitado: Protección Segura por Cáncer Individual Protección Segura por Cáncer Cónyuge Protección Segura por Cáncer Familiar					Suma Asegurada :
Asegurado Principal					
Nombre(s) y Apellido(s):			¿Usted padece de Cáncer, VIH o SIDA, Lupus, Hepatitis B? Si No		
Grupo a Asegurar					
Datos del Cónyuge del Solicitante: Completar formulario C.C.					
Nombre(s) y Apellido(s):			¿Usted padece de Cáncer, VIH o SIDA, Lupus, Hepatitis B? Si No		
Datos de los Hijos del Solicitante a Asegurar (Hasta 24 años de edad)					
Nombre(s) y Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa	Sexo	¿Usted padece de Cáncer, VIH o SIDA, Hepatitis B?
				M F	SI NO
				M F	SI NO
				M F	SI NO
				M F	SI NO
Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Asegurado Principal					
Nombre(s) y Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa	Parentesco	Porcentaje
Beneficiarios Contingentes en caso de Fallecimiento del Asegurado Principal					
Nombre(s) y Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa	Parentesco	Porcentaje
<p>Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a: con Cédula de Identidad Personal N° _____, y en su defecto a _____, con Cédula de Identidad Personal N° _____, 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 esta razón deba considerarse a esta(s) persona(s) como beneficiario(s) de este seguro.</p>					
Frecuencia y Forma de Pago de la Prima de Seguro					
Frecuencia de Pago:			Forma de Pago:		
Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	Efectivo	VISA ACH
Autorización y Compromiso					
<p>Autorizo a los Médicos, Hospitales, Clínicas o Instituciones de salud para suministrar a Banescos Seguros S.A. todos los datos que posean sobre mi estado de salud antes o después de mi fallecimiento. Asimismo, autorizo el uso de los datos suministrados en esta solicitud, para recibir información sobre actualizaciones, novedades, promociones, productos o servicios de Banescos Seguros, S.A. y a revisar las referencias crediticias en el sistema de la Asociación Panameña del Crédito pudiendo registrarme (nos) en dicho sistema, por falta de pago en el tiempo establecido en las Condiciones Generales o Particulares de la póliza.</p>					

**Declaraciones del Solicitante del Seguro**

Yo, Asegurado Titular, declaro que:

1. A mi mejor conocimiento, información y entender, ninguna persona propuesta para el seguro bajo esta solicitud le ha sido diagnosticado, ni tiene actualmente, ni nunca ha tenido la enfermedad de Cáncer. Estos beneficios no cubrirán condiciones pre-existentes diagnosticadas con anterioridad a la fecha de efectividad de la póliza. Acuerdo y entiendo que los beneficios bajo la póliza solicitada no entrarán en vigor hasta 90 días después de la fecha de efectividad especificada en la solicitud y en la póliza.
2. Me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física y funcional no se encuentra reducida, no me encuentro en tratamiento médico y tengo conocimiento de que hasta ahora no lo requiero.
3. No he omitido ni disimulado ningún hecho o circunstancia en las presentes declaraciones que de haber sido conocidas hubiese modificado la valoración del riesgo realizada por Banesco Seguros.
4. Mis actividades y ocupaciones son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales.
5. Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas vinculados a temas relacionados al Blanqueo de Capitales, Financiamiento del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en la actividad Aseguradora.
6. Conozco que cualquier cambio según lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares debe ser notificado a la Compañía y que todas las informaciones y declaraciones presentadas son exactas, completas y verdaderas y que en caso contrario serán causal de anulación de este contrato si siendo de mala fe, la Compañía, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.
7. Este documento es parte integrante del Contrato de Seguro, al igual que los demás señalados en las Condiciones Generales y junto con éstos constituye y contiene el acuerdo completo celebrado con respecto al riesgo objeto del mismo. En consecuencia se deja sin efecto cualquier correspondencia, conversaciones y negociaciones anteriores en relación objeto de este contrato y que la entrega al Intermediario de Seguros de la correspondencia dirigida a una parte, produce el mismo efecto que si se le hubiese entregado ella.
8. Conoce(n) que, en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad del Asegurador por este seguro.
9. Yo soy consciente y me doy por enterado de que la aceptación de esta solicitud por parte de la compañía está basada en una relación de confianza y buena fe, y sobre la exactitud de la información presentada en la solicitud.

Esta solicitud no implica compromiso alguno de aceptar la proposición de seguro del Asegurador, ni obliga a éste a emitir este Contrato de Seguros. No obstante si fuere emitido y el recibo correspondiente pagado por el Solicitante, esta Solicitud servirá de base para su otorgamiento y formará parte integrante del mismo.

**Corredores**

Razón Social o Apellidos y Nombres	Firma	Código	% Participación
Lugar y Fecha	Firma del Contratante	Nombre del Contratante	
Lugar y Fecha	Firma del Asegurado Principal	Nombre del Asegurado Principal	