

Coberturas

| | |
|--------------------------------|--|
| Plan Solicitado: | Suma Asegurada : |
| Servicios Funerarios Nacional: | Servicios Funerarios con Repatriación: |

Grupo a Asegurar
Datos del Cónyuge del Solicitante: Completar formulario C.C.
Nombre(s) y Apellido(s):
Datos de los Hijos del Solicitante (Hasta 20 años de edad)

| Nombre(s) y Apellido(s): | Fecha de Nacimiento:dd/mm/aaaa | Nacionalidad | Cédula / Pasaporte | Sexo |
|--------------------------|--------------------------------|--------------|--------------------|------|
| | | | | M F |
| | | | | M F |
| | | | | M F |
| | | | | M F |

Frecuencia y Forma de Pago de la Prima de Seguro

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Frecuencia de Pago: | Forma de Pago: |
| Mensual Trimestral Semestral Anual | Cheque Efectivo VISA ACH |

Declaraciones del Solicitante del Seguro

- La persona a asegurar declara: 1.
- 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.
2. No padezco ni he padecido de: Cáncer, HIV- Sida, Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial, Cirrosis, Hepatitis B, Diabetes, Enfermedades o Defectos Congénitos, Cardiovasculares, Neurológicas, Psiquiátricas, Pulmonares u otras condiciones que afecten mi estado de salud actual.
3. En los últimos (2) años no he sido sometido, ni me han sido programados tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades como las enunciadas anteriormente o similares o dolencias directamente relacionadas con ella en forma casual o consecencial.
4. No tengo adicciones al consumo de alcohol, drogas sustancias estupefacientes y psicotrópicas.
5. No realizo actividades en las que porto o hago uso de armas de fuego, ni ejerzo ocupaciones como guardia o agente de seguridad, policía, escolta, detective privado o cualquier otra similar a las mencionadas anteriormente.
6. Mis actividades y ocupaciones son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales.
7. No he omitido ni disimulado, ningún hecho o circunstancia en las presentes declaraciones que puedan modificar la opinión de la compañía sobre el Seguro solicitado.
8. 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.
9. Bajo fe de juramento, no he sido intimidado, persuadido o condicionado por parte de la Compañía a la contratación de esta y otras pólizas así como el acceso a servicios bancarios o financieros, o a la adquisición de otros bienes o servicios no indispensables a mis intereses y que no he renunciado a ninguno de los derechos establecidos en la ley.
10. Este Contrato de Seguros, conformados por los documentos señalados en las Condiciones Generales, constituye y contiene el acuerdo completo celebrado entre las partes con respecto al riesgo objeto del mismo y deja sin efecto cualquier correspondencia, conversaciones y negociaciones anteriores en relación con su objeto y que conozco que la entrega al productor de seguros de la correspondencia dirigida a la otra parte, produce el mismo efecto que si se hubiese entregado a la otra.
11. Que he leído Cuidadosa y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas y que conoce que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para evaluar el riesgo y fijar la prima.
12. 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.

| Autorización y Compromiso | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| <p>Autorizo a los Médicos, Hospitales, Clínicas o Instituciones de salud para suministrar a Banesco 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 Banesco 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> | | | |
| 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 | |
| | | | |