

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL CONTRATANTE PARA SEGURO COLECTIVO

F-PRO-20. V1.1

Política de Privacidad de Datos: La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el área de Productos para recolectar datos principales del cliente, los cuales serán utilizados para la emisión de su Póliza.

Datos Generales

Por medio de la presente se solicita un Seguro Colectivo del plan de término renovable en un año, sobre la vida de los empleados elegibles del Patrono o Contratante que aparece a continuación.

Patrono o Contratante: _____
 R.U.C. y Dígito Verificador: _____
 Dirección: _____
 País/Provincia Urbanización Calle Edificio Casa / Apto.
 Teléfono (s): _____ FAX: _____
 Apartado Postal: _____
 Nombre del tenedor de la Póliza: _____
 Correo electrónico: _____
 Indicar nombre del Corredor: _____
 Fecha de efectividad de la Póliza: _____
 Número de empleados a incluir: _____

El seguro para empleados elegibles entrará en vigor en la fecha convenida entre el Patrono o Contratante y la Compañía, siempre que: si el plan es contributorio, el 75% de participación será requerido, y si no es contributorio, el 100% de participación:

	Porcentaje de aportación del empleado	Porcentaje de aportación del patrono	Forma de pagar las primas	Seleccionar forma de pago
Seguro de Vida			Mensual	
Seguro de Salud			Trimestral	
Empleado			Semestral	
Dependiente			Anual	

Nota: Es contributorio cuando los empleados contribuyen al costo del plan. No contributorio cuando el Patrono o Contratante paga el costo del plan. Se requiere una aportación de por lo menos el 50% de la prima del plan médico correspondiente al empleado.

Elegibilidad

Los empleados permanentes de tiempo completo activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles:

Siguiendo a la terminación de un período de espera a partir de su fecha de empleo de:

- 30 días 60 días 120 días ninguno

Indicar nombre de las afiliadas a incluir en el contrato (si aplica):

Continuidad de Cobertura

No Sí Se incluye la continuidad de la cobertura a los empleados anteriormente asegurados.

De ser afirmativa su respuesta, favor de proveer la información requerida e incluir una copia del último mes de facturación y cobertura vigente.

¿Ha terminado la cobertura? No Sí

¿Cuándo termina la cobertura? _____

Nombre de la anterior compañía aseguradora: _____

¿Tiene empleadas o dependientes embarazadas? No Sí

De ser afirmativa su respuesta, favor indicar nombres y condiciones de la Póliza anterior con relación al beneficio de maternidad

Adjunto se incluye: (1) depósito inicial por la suma de \$ _____ por la cantidad requerida inicialmente
(2) los formularios de participación necesarios
(3) cualquier evidencia de asegurabilidad solicitada

¿Tiene alguna ley que les exonere del 5% de impuesto de salud? No Sí

Queda aceptado de conformidad con toda la información administrativa necesaria concerniente a todos los empleados y/o familiares dependientes estarán sujetos a las estipulaciones de la(s) póliza(s) y deberá ser suministrada a la Compañía de Seguros por el Patrono o Contratante.

Esta solicitud formará parte del Contrato que será emitido por la Compañía.

Fechado en Panamá, el _____ de _____ de _____
En representación del Patrono o Contratante:

Firma Autorizada

Nombre y Cargo del funcionario

No. de Cédula