



GENERALI
Assicurazioni Generali

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO

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

PATRONO O CONTRATANTE: _____

RUC Y DIGITO VERIFICADOR: _____

DIRECCIÓN: _____

TELEFONO(S): _____

FAX: _____

APARTADO POSTAL: _____

NOMBRE DEL TENEDOR DE LA POLIZA: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

INDICAR NOMBRE DEL CORREDOR: _____

FECHA DE EFECTIVIDAD DE LA POLIZA: _____

NUMERO 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 es no contributorio el 100% de participación:

	PORCENTAJE DE APORTACIÓN DEL EMPLEADO	PORCENTAJE DE APORTACIÓN DEL PATRONO	Seleccionar Forma de Pago
Seguro de Vida:			
Seguro de Salud:			
Empleado:			
Dependiente:			

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 90 días 120 días ninguno



GENERALI
Assicurazioni Generali

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO

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

VER ESTA SECCION SOLO SI APLICA CONTINUIDAD DE COBERTURA

No Si Se incluye continuidad de cobertura a los empleados anteriormente asegurados. Si contesto afirmativamente favor de proveer la información requerida e incluir una copia del último mes de facturación y cobertura vigente.

Ha terminado la cobertura: No Si

Cuando termina la cobertura: _____

Nombre de la anterior compañía aseguradora: _____

Tiene empleadas o dependientes embarazadas: No Si

Si contesto afirmativamente 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 y (3) cualquier evidencia de asegurabilidad solicitada.

Informar si tienen alguna ley que les exonere del 5% de impuesto de salud.

Queda aceptado de conformidad que toda la información administrativa necesaria concerniente a todos los empleados y/o familiares dependientes estarán sujetos a las estipulaciones de la 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