Panamá Pacifico

International Business Park, Edificio 3825, local 101

Tel: 389-0011

Enviar Formulario a: **plc@panamapacifico.com**

AFILIACION: Plan básico Ugprade a Plan Premier u otros Ugprade

Nombre y apellido del propietario:

No. De cédula o pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Sexo: F M

PH: # de Torre: # Casa/Apartamento:

Celular: Teléfono casa:

Email: Otro Contacto:

**Miembros de la residencia a afiliar. Favor listar adultos y menores residentes (hasta 4 adultos por casa incluidos y 3 por apartamento)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | **Fecha de nacimiento** | **Email** | **# de identificación** | **Edad** | **Sexo** | **# de celular** | **Propietario o Inquilino (P o I)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Detalles adicionales (alergias, precondiciones médicas, etc):**

**Clausulas Generales:**

El costo del servicio de ambulancia está incluido en la cuota de servicios comunes de Panamá Pacifico, por tal razón London & Regional a través del Pacifico Life Center validara los afiliados de esta solicitud previo a que se haga efectiva y notificara por escrito cancelaciones según las políticas del Pacifico Life Center.

Una vez London & Regional validé la solicitud la remitirá a Panamedica quien la revisará y confirmará por email al principal de la cuenta que el servicio se encuentra disponible e indicará el número de afiliación, el servicio de emergencia no estará disponible hasta que se envié dicha notificación.

La afiliación a los servicios de ambulancia contenidos en esta solicitud está sujeta a las cláusulas del contrato de Servicios de Emergencia Médica Móvil entre London & Regional Panamá y Panamedica S.A.

Los beneficios del Plan Básico son beneficios adicionales brindados por Panamedica y por tanto modificables a total discreción de Panamedica, previa notificación a los afiliados.

La cantidad máxima de adultos incluidos sin costo adicional es de 4 por casa y 3 por apartamento, no hay límite para menores residentes.

Cualquier servicio o beneficio adicional al servicio de ambulancia aquí descrito y/o la cobertura del plan básico que ofrece Panamedica, será convenido entre el afiliado o particular y Panamedica bajo los términos de las “Clausulas de Ugprade” o bajo cualquier otra forma que convengan con posterioridad.

El principal de la cuenta será siempre el propietario de la unidad residencial, si bien no necesariamente coincida con los residentes afiliados en su unidad inmobiliaria.

El principal podrá realizar cambios de los afiliados incluidos en el Plan Básico siempre y cuando haya sido validado por London & Regional a través de Pacifico Life Center.

El servicio incluye atención de emergencias médicas ocurridas en el área de Panamá Pacifico. Cobertura por eventos fuera del área requiere ugprades del plan con costo adicional.

Los afiliados a los servicios conocen y aceptan que los mismos son única y total responsabilidad de Panamedica S.A y liberan a London & Regional Panamá de toda y cualquier responsabilidad.

**He leído y acepto los términos y condiciones aquí expresados (Principal de la cuenta):**

**Fecha: Para uso exclusivo de Panamedica**

**Nombre del Propietario: CONTRATO DE AFILIACION USO OFICIAL N°**

**Firma del Propietario:**

**FAVOR COMPLETAR LA SECCION SIGUIENTE (VER AL DORSO) EN CASO DE INTERES EN CONTRATAR UGPRADES**

**OPCIONES DE HACER UGPRADES AL BENEFICIOS DEL PLAN DE AMBULANCIA Y SERVICIOS EN PANAMEDICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ELEGIR | NIVEL | PAGO  MENSUAL | ELEGIR | NIVEL | PAGO MENSUAL |
|  | PREMIER $25.00 | |  | BASICO $0 | |

OPCIONES ADICIONALES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CANTIDAD | PREMIER | | BASICO |
| MIEMBROS ADICIONALES DE LA RESIDENCIA | | $5/miembro | | $10/miembro |
| Nombres y apellidos | | Fecha de nacimiento | | # de cédula o Pasaporte | Edad | | Sexo | Observaciones | |
|  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CANTIDAD | PREMIER | | BASICO |
| NANAS/EMPLEADAS DOMESTICAS (ED) | | $10/ED | | $20/ED |
| Nombres y apellidos | | Fecha de nacimiento | | # de cédula o Pasaporte | Edad | Sexo | Observaciones | |
|  | |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SI | NO | PREMIER | BASICO |
| VISITANTES |  |  | $10 | $20 |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

METODO Y FORMA DE PAGO MENSUAL POR ACH AUTOMATICO

ANUAL (ACH, TC O EFECTIVO/ OTORGA 10% DE DESCUENT

MENSUAL POR CARGO DIRECTO A TARJETA DE CREDITO

**Cláusulas de Ugprade: Plan Premier y otros ugprades con costo adicional**

El contratante de ugprades puede ser el propietario de la unidad o su inquilino. Su contrato estará vigente mientras su afiliación al plan básico se mantenga vigente.

El contrante de ugprades puede solicitar cambios a los mismos directamente a Panamedica Medical Center.

Todos los contratantes del Plan Premier Farmiliar o cualquier otro ugprade deberán realizar los pagos durante los cinco primeros días de cada mes a Panamedica Medical Center. De no cancelar la mensualidad al tiempo establecido, se cargará una penalización al pago de $10.00.

De no recibirse el pago mensual del Plan Premier u otro ugprade en quince días, el plan automáticamente será dado de baja a plan básico con los beneficios de dicho plan.

Todos los pagos de ugprade deben ser efectuadas directo a Panamedical Medical Center por **pago automático por ACH o Tarjeta de Credito si son efectuados mensualmente.**

Si se realizara un único pago anual puede ser por ach, tarjeta de crédito o efectivo.

Al realizar ACH debe colocar el nombre del contratante en la descripción de la transferencia y enviar detalle de transferencia a nuestro email, para evitar inconvenientes.

El contrato de plan premier upgrades tiene una duración de 12 meses. Se renovará automáticamente si la persona no da aviso por lo menos 30 días de anticipación.

Los afiliados a los servicios conocen y aceptan que los mismos son única y total responsabilidad de Panamedica SA y liberan a London & Regional Panamá de todo y cualquier responsabilidad.

**He leído y acepto los términos y condiciones aquí expresados (Contratante Ugprades):**

**Fecha: Para uso exclusivo de Panamedica**

**Nombre del Propietario: CONTRATO DE AFILIACION USO OFICIAL N°**

**Firma del Propietario:**