

TIPO DE PÓLIZA: Individual Colectiva Póliza No.: Certificado: Plan:

CONTRATANTE:

ASEGURADO PRINCIPAL:

Primer Apellido Segundo Apellido Apellido de Casada

 Primer Nombre Segundo Nombre

DATOS DE LOS DEPENDIENTES A INCLUIR:

Parentesco	Nombre de los dependientes que ingresan en la Póliza	Cédula / Pasaporte	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento			Edad	Estatura		Peso	
				Día	Mes	Año		mts. pulg.	lbs. kgs.		
Cónyuge											
Hijo/a											
Hijo/a											
Hijo/a											
Hijo/a											

¿Alguno de los solicitantes reside o estudia en el extranjero? No Sí Nombre:
 Indique el País: Estado: Universidad:
 Si dejó de incluir a algún familiar asegurable, indique el nombre y el motivo:

DATOS ADICIONALES DEL CÓNYUGE: (SOLO SI APLICA PARA EL SEGURO)

Extranjero: No Sí País de Origen: Años de Residencia en Panamá:
 Deportes o Actividades que Practica:
 Empresa donde Trabaja: Años en el Empleo:
 Ocupación: Profesión: Celular:
 Funciones:
 E-mail Oficina: E-mail Personal:

CUESTIONARIO DE SALUD

Según su leal saber y entender, **MARQUE SÍ o NO**, si algunas de las personas incluidas en esta solicitud ha tenido alguna vez o se le ha informado de haber tenido o si ha sido tratada (subraye la frase pertinente) por alguna de las siguientes condiciones:

	CÓNYUGE		HIJOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO
1- Problemas cerebrovasculares, migrañas o dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Epilepsia, convulsiones, ataque o desmayo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Problemas en los oídos o mala audición, vista o visión defectuosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Problemas del sistema respiratorio, tuberculosis, asma, enfisema o fiebre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Problemas del corazón (cardiovascular), circulatorio, dolores en el pecho, presión arterial (alta o baja), angina, flebitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Problemas del sistema digestivo: estómago, esófago, intestino delgado/grueso, hígado, vesícula, páncreas, hepatitis A, B o C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Problemas en los riñones, vejiga, cálculos renales o sangre en la orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Problemas en columna vertebral, dolores de espalda, esclerosis múltiple o hernia discal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Cáncer, tumor, leucemia, problemas en la sangre, diabetes, anemia falciforme o hemorragias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Enfermedades de las articulaciones, lupus eritematoso, hinchazón, artritis o reumatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Trastorno mental, ansiedad, depresión, trastorno de déficit atencional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Alteración de la Glándula Tiroides: Bocio, Nódulos, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Alguna enfermedad, lesión, o malformación congénita, hereditaria o adquirida al nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Enfermedades Infectocontagiosas, toxoplasmosis, meningitis, herpes, dengue, SIDA o de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Ha habido alguna enfermedad, lesión o padecimiento en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Existe alguna enfermedad, padecimiento, accidente, desorden fisiológico o discapacidad que no se hayan mencionado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Es alguno de los solicitantes fumador? En caso afirmativo: Cuanto años tiene que fuma? <input type="text"/> Cuántos cigarrillos se fuma al día? <input type="text"/> Utiliza otro producto que contenga Nicotina? Cuál?: <input type="text"/> Con que frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Consume algún tipo de droga o bebida alcohólica? En caso afirmativo: especificar el tipo y la frecuencia: <input type="text"/> Por causas de drogas o alcohol, ha sido sancionado y/o recibido tratamiento? Especificar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos doce meses? Cuántas libras? <input type="text"/> Por qué? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Sufre de algún tipo de alergia? Especifique <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Se ha sometido a algún tipo de cirugía y/o hospitalización anteriormente? Cuántas? <input type="text"/> Por qué? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Se le ha recomendado alguna intervención quirúrgica, procedimiento médico o tratamiento en el futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Ha sufrido de trastornos de la piel? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Favor listar medicamentos que utiliza cualquiera de los solicitantes en forma regular o si se encuentra bajo tratamiento médico. Detallar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Tiene usted o sus familiares otro seguro de hospitalización o tiene pendiente alguna solicitud de rehabilitación en otra compañía? Compañía: <input type="text"/> No. Póliza: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- Le han rechazado, pospuesto o modificado a usted o sus familiares una Solicitud o póliza de Salud, Vida o Accidentes Personales en esta u otra compañía? Nombre: <input type="text"/> Compañía: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- Ha sido condenado por alguna violación a la ley? En caso afirmativo, especificar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- Participa o planea participar en carreras de automóviles o motocicletas, buceo o cualquier otra actividad o deporte arriesgado? En caso afirmativo, adjuntar el cuestionario de Deportes y Actividades Peligrosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- Tiene licencia de Piloto? Ha pilotado o piensa pilotar alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas? En caso afirmativo, especificar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30- Tiene alguno de los solicitantes antecedentes familiares de cáncer, diabetes, enfermedades del corazón e hipertensión:

30

Solicitante	Familiar Afectado	Enfermedad	Edad de Manifestación	Estado Actual

PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES: (Solicitante Principal o Cónyuge)31- Sufre de algún trastorno o enfermedades ginecológicas? Sí No 32- Está usted embarazada? Sí No 33- Nombre de su ginecólogo: Última visita: / Resultado Papanicolaou
Grado o Tipo

34- Se le ha hecho algún examen de ultrasonido, mamografía o pruebas especiales?

Resultados: Fecha:

DD MM AA

PREGUNTAS ADICIONALES PARA NIÑOS:36- Nombre del Pediatra:

37- Fecha de su última visita:

DD MM AA

PREGUNTAS ADICIONALES PARA HOMBRES:35- Ha tenido alteraciones en la próstata, varicocele u órganos reproductivos? o resultado de PSA (Antígeno Prostático Específico) elevado? Sí No Médico: Lugar de atención: **SI HA CONTESTADO SÍ ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN**

Número de Pregunta	Nombre del Solicitante Principal y/o Dependiente	Fecha Última Atención	Enfermedad	Médico Tratante u Hospital	Condición Actual Confirmar si fue operado
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

DECLARACIÓN: En mi nombre y representación, y en nombre de las personas incluidas en esta solicitud, declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la Póliza y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la Póliza quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falseado o reticencia de mi parte, sobre circunstancia que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiese hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: En pleno conocimiento de la Ley No.68 de 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria, libre y espontánea por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra facilidad médica o médicamente relacionada, ya sea privada o gubernamental, que posee licencia como tal, compañía de seguros o tenedores de pólizas de seguros de grupo, asegurador o empleador, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la Compañía de Seguros y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesiones que tengan en su poder; por lo que renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquier proveedor médico u otra persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocermme en lo sucesivo a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento. Adicionalmente, autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico, así como a la compañía de seguros para disponer de la información y compartirla con otros proveedores de la salud que considere conveniente para la evaluación del caso.

TÉRMINO Y CONDICIONES DE ESTA SOLICITUD: El seguro surtirá efecto condicionalmente desde la fecha en que la Compañía aprueba la solicitud respectiva. La compañía dispondrá de 30 días a partir de la fecha de recibo de la Solicitud para estudiar y decidir la acción que deberá tomarse al respecto, y si dentro de tal plazo el Prospecto no recibe aviso de rechazo de su solicitud, deberá considerarla como aceptada por la Compañía, excepto en los casos que la Compañía esté en espera de: alguna prueba médica, información sobre el estado de la salud del Solicitante o alguno de sus dependientes, firma endoso, etc. Si la Compañía rehúsa aceptar la solicitud y no emitir la póliza, no contraerá ningún compromiso en virtud de tal solicitud. En tal caso, la Compañía reintegrará al Solicitante la suma pagada en concepto de pago inicial a dicha solicitud.

PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS: Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, por ejemplo Jefes de Estado de un Gobierno, político de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

¿Es el Prospecto una persona políticamente expuesta? Sí No Cargo actual o anterior: ¿Es el Contratante una persona políticamente expuesta? Sí No Cargo actual o anterior: ¿Es el Responsable de pago una persona políticamente expuesta? Sí No Cargo actual o anterior:

Firma del Asegurado

Firma del Contratante

Fecha

INFORMACIÓN DEL CORREDOR: Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido contestada según mi leal saber y entender, por lo que no se está proporcionando información falsa, alterada o incompleta.

1- Conoce Usted al Prospecto? Sí No Tiempo: 2- Le consta que su cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí No 3- Conoce algún hecho o contradicción con las respuestas del Prospecto o Dependiente: 4- Se le han rechazado, diferido modificado o recargado alguna vez algún seguro de Vida, Accidentes Personales o Salud al Prospecto y/o sus dependientes? En caso afirmativo especificar: Nombre o Razón Social: Teléfono:

Completar Letra Imprenta

E-mail: Firma del Corredor: Fecha: / / **PARA USO DE LA COMPAÑÍA**Evaluación: Aprobado Declinado Recargo %: Motivo Condiciones Pre-existentes: Permanente Temporal Duración: Desde: Hasta Exclusiones: Nombre del Evaluador: Firma: Fecha: / /

SELLO DE PAGO

SELLO DE RECIBIDO

