

Solicitud de Ingreso Seguro de Gastos Médicos

Seguros

Fecha de solicitud / día / mes / año / Póliza GMI Certificado No.

Planes de Servicios de Salud

Plan: Inicio de vigencia: Frecuencia de pago Mensual Trimestral Semestral Anual

Forma de pago: Tarjeta de crédito (Visa / MasterCard) Transferencia electrónica ACH Descuento de planilla Pago voluntario (Semestral / Anual)

Prima: Recargo: % Impuesto Total:

Datos Generales del Propuesto Asegurado

Nombres Apellidos

Apellido de casada Edad Sexo F M

Estado civil Casado Soltero Viudo Divorciado Separado Unión CIP Pasaporte No.

Fecha de nacimiento / día / mes / año Nacionalidad Peso Estatura

Dirección residencial Cuidad

Teléfono Celular Fax E-mail

Profesión Ocupación

¿Es usted una persona políticamente expuesta? Si No Indique cargo actual o anterior:

¿Ha suscrito algún contrato de seguro similar al que está solicitando? Si No Si la respuesta es afirmativa, indique compañía y fecha de caducidad: / día / mes / año

Datos de los Dependientes

1. Nombre Apellido Edad

Sexo F M Parentesco Cónyugue Hijo(a) Peso Estatura Fecha nacimiento

Nacionalidad Panameño(a) Otra (indique) CIP Pasaporte No.

2. Nombre Apellido Edad

Sexo F M Parentesco Cónyugue Hijo(a) Peso Estatura Fecha nacimiento

Nacionalidad Panameño(a) Otra (indique) CIP Pasaporte No.

3. Nombre Apellido Edad

Sexo F M Parentesco Cónyugue Hijo(a) Peso Estatura Fecha nacimiento

Nacionalidad Panameño(a) Otra (indique) CIP Pasaporte No.

4. Nombre Apellido Edad

Sexo F M Parentesco Cónyugue Hijo(a) Peso Estatura Fecha nacimiento

Nacionalidad Panameño(a) Otra (indique) CIP Pasaporte No.

Datos del Contratante (Completar sólo si es una persona diferente al titular)

Nombre RUC

Dirección Departamento

Teléfono Celular Fax E-mail

Para uso de la compañía

Condiciones Pre-existentes: Permanentes Temporal Duración: desde / día / mes / año hasta / día / mes / año

Detalles condiciones Pre-existentes:

Evaluación: Aprobado Declinado Fecha: / día / mes / año

Nombre y apellido del funcionario que revisa:

Cargo/Ocupación: Firma: / día / mes / año

Declaración de Salud

Marque si en caso afirmativo o no en caso negativo:

	Titular		Dependiente	
1.-Usted o algún dependiente padece o ha padecido de las siguientes enfermedades:				
- Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Cáncer / Tumor / Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Enfermedades de los Riñones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Afecciones de Próstata	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Problemas cerebrovasculares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Problemas en las venas y/o arterias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Problemas en la vista	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Problemas en el estómago	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Problemas en la columna	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Problemas en la sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
- Enfermedades de articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.- ¿Alguno de los solicitantes se encuentra bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.- ¿Ha tenido alguna enfermedad, lesión o padecimiento en los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4.- ¿Ha tenido algún padecimiento, accidente o desorden fisiológico, que no se haya mencionado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5.- ¿Es alguno de los solicitantes fumador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo especifique años fumando _____ Cantidad por día _____				
6.- ¿Consume usted o alguno de sus dependientes algún tipo de droga o bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo confirme cuando _____				
7.- ¿Ha <input type="checkbox"/> disminuido o <input type="checkbox"/> aumentado de peso en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso de aumento o disminución de peso, favor indicar cantidad de libras _____				
8.- ¿Sufre usted o alguno de sus dependientes algún tipo de alergia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9.- ¿Se ha sometido usted o algunos de sus dependientes algún tipo de cirugía o tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10.-¿Padece o ha padecido usted o algunos de sus dependientes de trastornos en la piel?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11.-¿Toman usted o alguno de sus dependientes medicamentos de forma recurrente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12.- Favor listar los medicamentos que toma cualquiera de los solicitantes en forma recurrente:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

13.-¿Tiene usted o algún dependiente cuenta con otro seguro hospitalario en otra compañía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indicar: Compañía _____ Póliza No. _____				
14.-¿Tiene usted o alguno de sus dependientes médico de cabecera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indicar Nombre: _____ Lugar: _____				

Preguntas para la mujer (Solicitante principal o dependiente)

15.-¿Padece de algún trastorno o enfermedad ginecológica? Sí No

16.-¿Ha tenido alguna pérdida durante el embarazo? Sí No En caso afirmativo, indicar cuantas: _____

17.-¿Está usted embarazada? Sí No En caso afirmativo indique cantidad de semanas _____

18.- Especificar nombre de su ginecólogo: _____ Fecha de su última visita: / día / mes / año

19.- Especificar fecha de su último papanicolau: / día / mes / año Resultado, grado o tipo: _____

20.-¿Se le ha hecho algún examen de ultrasonido, mamografía o pruebas especiales? Sí No

Especificar resultados y fecha: _____

21.- En caso de tener niños, indicar el nombre de su pediatra: _____

Por cada respuesta afirmativa, indicar lo siguiente: Número de la pregunta, nombre de la persona a la que se refiere, fecha de la última atención, enfermedad, nombre completo del médico u hospital que lo atendió y condición actual. Favor de adjuntar toda información que nos facilite la evaluación de su declaración; de ser necesario use una página adicional, la cual debe firmar y sellar al final.

Si ha contestado afirmativamente algunas de las preguntas anteriores (1 al 21), favor completar las siguientes informaciones:

Pregunta No.	Nombre del solicitante dependiente	Fecha última atención	Enfermedad	Médico Hospital	Condición actual

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 sirve 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, falsedad o reticencia de mi parte, sobre circunstancias que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiere hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

Autorización (información confidencial)

Autorizo por la presente a cualquier médico, referido de la Compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico u otra facilidad médica o médicamente relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica u otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de salud: mía, 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, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, para lo cual los relevo de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias en cumplimiento en los establecido por la ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostática de ésta autorización será tan válida como la original. 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.

La compañía se reserva el derecho de revisar las referencias crediticias del cliente en el sistema de la Asociación Panameña de Crédito y podrá, a falta de pago, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.

Firma y sello contratante

Firma titular

Intermediario

Código

Gerente de negocios



Ave. Ricardo Arango, Calle 53 Este, Urb. Obarrio
Edificio PH, Plaza 53 • Tel: 507 -392-7555