

/  /   
 Día Mes Año

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

**Tipo de Solicitud**

- Emisión Nueva   
  Inclusión dependiente   
  Cambio de plan   
  Cambio de deducible

**Coberturas Solicitadas**

**Modalidad del plan**     Individual     Colectivo  
**Forma de Pago**     Tarjeta de crédito:  Visa     MasterCard     Transferencia bancaria ACH     Pago voluntario:  Semestral     Anual  
**Frecuencia de Pago**     Anual     Semestral     Trimestral     Mensual  
**Plan solicitado**     Platinum     Premium     Executive     Master     Classic     Otro  
**Deducible en Panamá**     Sin deducible     US\$0 / 1,000     US\$1,000 / 1,000     US\$2,500 / 2,500     US\$5,000 / 5,000     US\$10,000 / 10,000  
     US\$15,000 / 15,000

**Datos del Contratante**

|                      |     |                                  |  |
|----------------------|-----|----------------------------------|--|
| Nombre completo      |     | Ocupación/Naturaleza del negocio |  |
| RUC/Cédula/Pasaporta |     | Persona de contacto              |  |
| Dirección            |     | Ciudad                           |  |
| Teléfono             | Fax | E-mail                           |  |

**Datos Generales del Prospecto Asegurado**

|                 |   |                    |   |                     |                           |
|-----------------|---|--------------------|---|---------------------|---------------------------|
| Primer nombre   |   | Segundo nombre     |   | Lugar de trabajo    |                           |
| Primer apellido |   | Segundo apellido   |   |                     |                           |
| Estado civil    | <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Otro | Sexo               | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | Fecha de nacimiento | Día    Mes    Año    Edad |
| Peso (libras)   | Estatura (mts/cm)   | Cédula o pasaporte |   |                     |                           |
| Nacionalidad    | Ocupación   |                    |   |                     |                           |
| Dirección       |   | Ciudad             |   |                     |                           |
| Teléfono casa   | Teléfono oficina  | Celular            | Fax   |                     |                           |
| E-mail          |   |                    |   |                     |                           |

- 1.- Ha suscrito algún contrato de seguro similar al que está solicitando?  Sí     No  
 Si la respuesta es afirmativa, indique compañía y fecha de caducidad: \_\_\_\_\_ Día    Mes    Año
- 2.- Es o ha sido usted una persona políticamente expuesta?  Sí     No    Indique cargo actual o anterior: \_\_\_\_\_

**Datos de los Dependientes**

| Nombre completo | Cédula o pasaporte | Parentesco | Fecha de Nac. (día/mes/año) | Edad | Sexo (F/M) | Estatura (mts/cm) | Peso (libras) |
|-----------------|--------------------|------------|-----------------------------|------|------------|-------------------|---------------|
|                 |                    |            |                             |      |            |                   |               |
|                 |                    |            |                             |      |            |                   |               |
|                 |                    |            |                             |      |            |                   |               |

**Beneficiarios de Seguro de Vida**

| Nombre completo | Cédula o pasaporte | Parentesco | % Asignado |
|-----------------|--------------------|------------|------------|
|                 |                    |            |            |
|                 |                    |            |            |

**Beneficiarios Contingentes**

| Nombre completo | Cédula o pasaporte | Parentesco | % Asignado |
|-----------------|--------------------|------------|------------|
|                 |                    |            |            |
|                 |                    |            |            |

**Instrucciones Especiales del Asegurado para el pago de beneficios:**

Que si al momento de mi fallecimiento, alguno de mis beneficiarios principales fuere menor de edad, el pago de mi indemnización deberá entregarse para su administración a: \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_

Que si a mi fallecimiento no existieren beneficiarios principales y el o los beneficiarios contingentes fueren menores de edad, la suma asegurada de la póliza que le(s) corresponda sea entregado para su administración a: \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_

Si no hubiere ningún beneficiario con vida, a menos que se indique lo contrario, el pago se hará a los herederos legales. El pago correspondiente lo realizará la compañía una vez el (los) beneficiario(s), el (los) heredero(s) legal(es) haga(n) valer su derecho notificando tal situación por escrito en las oficinas de las oficinas de la Compañía, presentando ante ésta, la sentencia en firma del tribunal competente.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Declaración de salud**

| TITULAR  | DEPENDIENTE  |   |
|--|--|---|
| 1. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 1. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | ¿Gozan usted y sus dependientes de buena salud?   |
| 2. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 2. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | ¿Se le ha recomendado y/o indicado a usted y/o algún dependiente de los que nos solicitan cobertura, que se examine, realice tratamiento médico, quirúrgico y/o de cualquier tipo, o ha experimentado síntomas o manifestaciones, se le ha diagnosticado o se ha examinado de cualquier afección médica, física, mental o nerviosa? |
| 3. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 3. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | ¿Tiene usted y/o algún dependiente de los que solicitan cobertura, programada y/o pendiente alguna cirugía, tratamiento o examen para cualquier afección médica, física, mental o nerviosa?   |
| 4. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 5. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Tiene usted y/o alguno de sus dependientes algún defecto físico, congénito o adquirido? Quién(es)? _____  |
| 5. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 5. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | ¿Ha usado usted y/o alguno de sus dependientes que solicite cobertura alguna vez: heroína, morfina, LSD, marihuana, cocaína u otra droga narcótica o psicoterapéutica? En caso afirmativo indicar nombre _____<br>¿Con que frecuencia? _____  |
| 6. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 6. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | ¿Practica usted y/o algún dependiente algún deporte? ¿Cuál(es)? _____<br>¿Quién(es)? _____  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| 7. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>  | 7. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>  | ¿Fuma o ha fumado usted y/o alguno de sus dependientes? En caso afirmativo indicar quién(es) _____<br>¿Cuantos? _____  |
| 8. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>  | 8. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>  | ¿Está usted o alguna de sus dependientes embarazada? En caso afirmativo indicar quién(es) _____<br>¿Cuántas semanas? _____   |
| 9. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>  | 9. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>  | ¿Ha recibido usted y/o alguno de sus dependientes transfusiones sanguíneas? _____  |
| 10. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 10. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | ¿Consume o consumía usted o alguno de sus dependientes bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indicar quien(es) _____<br>¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad _____ |

**PADECE O HA PADECIDO USTED Y/O SUS DEPENDIENTES DE:**

|   |   |  |
|---|---|--|
| 11. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 11. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Enfermedades del sistema nervioso: epilepsia, hemiplejia, infarto cerebral, retardo mental, desmayos, vértigo, convulsiones, meningitis, neurastenia.  |
| 12. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 12. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Enfermedades del corazón, cardiovasculares y/o circulatorias, incluyendo pero sin limitarse a: insuficiencia cardiaca congestiva, ataque cardiaco, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, hipertensión arterial, baja presión sanguínea, inflamación de pies y tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática, soplo del corazón, infarto.   |
| 13. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 13. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Enfermedades de sangre: vasos sanguíneos, arterias, venas o trastornos sanguíneos, incluyendo, pero sin limitarse a: anemia, hemofilia anemia falciforme, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas, colesterol alto, hiperlipidemia, venas varicosas; cuagulopatías, incluyendo pero sin limitarse a: hemofilia A y B, deficiencia del factor II, V, VII, VIII, X, XII; púrpura trombocitopénica, idiopatía (PTI), púrpura trombocitopénica o S, CID (coagulación intravascular Diseminada), trombocitopénica trombótica, defectos de la función plaquetaria.   |
| 14. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 14. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Enfermedades del sistema endocrino, tales como diabetes, obesidad, hipofisis, hipotiroidismo, nódulos, trastornos de las glándulas tiroideas, trastornos de las glándulas suprarrenales, hiperglicemia, hipoglicemia. En caso de responder afirmativamente a la diabetes, favor completar a continuación:<br>a. Tipo de diabetes: I _____ o II _____ Fecha diagnosticada _____<br>b. ¿Controlada con dieta solamente? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/><br>c. Medicamentos (tipos/dosis/tiempo de tratamiento) _____<br>d. Anexar última prueba de Hemoglobina Glicosilada (Hba) 1c. _____ |
| 15. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 15. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Cáncer, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de kaposi, protuberancia o tumor de cualquier tipo, masas, linfomas, fibromas.   |
| 16. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 16. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Enfermedades del sistema osteomolecular: huesos, articulaciones y músculos, incluyendo pero sin limitarse a: escoliosis, hernias, enfermedades del disco, vértebra o cualquier otra atención de la espalda, reumatismo, artritis, gota, tendinitis, osteoporosis, osteopenia, artrosis, condromalacia, inflamación, espina bifida, síndrome del túnel carpiano.  |
| 17. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 17. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Trastornos gastrointestinales, hígado, páncreas, trastornos de la vesícula biliar. Sistema digestivo, estómago intestinos, incluyendo pero sin limitarse a: reflujo esofágico, hernia hiatal, gastritis, úlceras, trastorno del recto y del colon, pólipos intestinales, hemorroides.  |
| 18. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 18. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Enfermedades del sistema respiratorio incluyendo pero sin limitarse a: tos crónica, asma, tuberculosis, enfisema, bronquitis, reumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), faringitis.  |
| 19. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 19. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Enfermedades del sistema génico-urinario: tumores, enfermedades de la próstata, insuficiencia renal, cálculo renal, quiste renal, trastornos en la vejiga, hematuria, hiperplasia, displasia, quiste de ovario, sangrado genital fuera de la menstruación, trastornos de útero y/o trompas.  |
| 20. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 20. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Trastornos mentales y del sistema nervioso, incluyendo pero sin limitarse a: psicosis, esquizofrenia, depresión, trastornos bipolares, trastornos del comportamiento, abuso o dependencia de sustancias químicas o drogas, ansiedad, trastornos alimenticios.  |
| 21. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 21. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Trastornos neurológicos, incluyendo pero sin limitarse a: esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular, esclerosis lateral amitrófica (enfermedades de Lou Gehrig (ALS), mal de Parkinson, parálisis epilépsia, convulsiones, migrañas, dolores de cabeza crónicos, derrame cerebral o ataques isquémicos cerebrales transitorios.   |
| 22. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 22. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Trastornos autoinmunes, incluyendo pero sin limitarse a: tiroiditis de hashimoto, anemia perniciosa, enfermedad de Addison, artritis reumatoidea lupus eritematoso o sistémico, dermatomiositis, síndrome de Sjogren, miastenia grave, síndrome de Rietter, bocio tirotóxico, enfermedades graves, anemia hemolítica autoinmune, hepatitis autoinmune, hemoglobinopatía.   |
| 23. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 23. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Enfermedades de ojos, oídos, nariz, boca, garganta mandíbula, incluyendo pero sin limitarse a: cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).  |
| 24. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 24. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo pero sin limitarse a: VIH, SIDA, virus del papiloma humano (VPH), sífilis, gonorrea, hepatitis B y C  |
| 25. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 25. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Accidentes, heridas o fracturas.   |
| 26. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | 26. Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Cualquier otra enfermedad, padecimiento, lesión, condición o atención de cualquier tipo no mencionada.   |

**SI HA CONSTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE:**

| No. de pregunta | Nombre del paciente | Diagnóstico | Tratamiento o intervención | Estado Actual | Fecha (día/mes/año) | Nombre del Médico o Clínica |
|-----------------|---------------------|-------------|----------------------------|---------------|---------------------|-----------------------------|
|                 |                     |             |                            |               |                     |                             |
|                 |                     |             |                            |               |                     |                             |
|                 |                     |             |                            |               |                     |                             |
|                 |                     |             |                            |               |                     |                             |

**FAVOR LEER DETENIDAMENTE**

**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