BlueCross BlueShield Panama

SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO

Completar en LETRA IMPRENTA, con precisión, sin tachones y con un solo color de tinta
En caso de no estar completa, su solicitud no será procesada.

INFORMACIÓN DEL PROSPECTO ASEGURADO: Adjuntar copia de Cédula o Pasaporte y Carnet de Migración Vigente

Primer Apellido | Segundo Apellido | Apellido de Casada

Primer Nombre | Segundo Nombre

Cédula / Pasaporte: Fecha Nac.: DD MM AAAA Edad: Sexo: M F

Extranjero: No Sí País de Origen: País de Residencia:

Nacionalidad(es): Años de Residencia en Panamá:

Estado Civil: Casado Divorciado Soltero Separado Unido Viudo Estatura: mts. pulg. Peso: lbs. kgs.

Empresa donde Trabaja: No. Empleado:

Actividad Económica de la Empresa:

Fecha Inicio Empleo: DD MM AA Ocupación: Otras Ocupaciones:

Profesión: Descripción de Funciones:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

E-mail Oficina: Teléfono Oficina:

Ingreso Anual Aproximado - Ocupación Actual B/.: Ingreso Anual Aproximado - Otras Ocupaciones B/.:

País(es) donde Tributa por sus Ingresos: _____ , _____ , _____

INFORMACIÓN PERSONAL / RESIDENCIAL:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

Apto. /Casa No.: Teléfono Residencial: Celular:

E-mail Personal:

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES: SOLO SI APLICAN PARA EL SEGURO. Adjuntar copia de Cédula o Pasaporte y Carnet de Migración Vigente

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

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE: SOLO SI APLICA PARA EL SEGURO. Adjuntar copia de Cédula o Pasaporte y Carnet de Migración Vigente

Extranjero: No Sí País de Origen: Nacionalidad(es): Años de Residencia en Panamá:

Empresa donde Trabaja: Años en el Empleo:

Ocupación: Profesión: Celular:

Descripción de Funciones:

E-mail de oficina: E-mail personal:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

CUESTIONARIO DE SALUD:

Estas declaraciones son importantes y forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud. Elija "Sí" o "No" a cada pregunta. Cada vez que su respuesta sea "Si", especifique enfermedad, diagnóstico, lesión, deformidad, procedimientos médicos, tratamientos o cirugías, dando la fecha exacta, duración, gravedad y las direcciones y teléfonos de los médicos tratantes y hospitales o clínicas.

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:

		PROSPECTO	CÓNYUGE	HIJOS
		SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO
1- ¿Problemas cerebrovasculares, migrañas o dolores de cabeza?	1	☐☐	☐☐	☐☐
2- ¿Epilepsia, convulsiones, ataque, desmayo o pérdida de conocimiento?	2	☐☐	☐☐	☐☐
3- ¿Problemas en los oídos o mala audición, vista, visión defectuosa, cataratas, desprendimiento de retina, desprendimiento de córnea o alteraciones en los ojos?	3	☐☐	☐☐	☐☐
4- ¿Problemas del sistema respiratorio, tuberculosis, asma, enfisema o fiebre reumática?	4	☐☐	☐☐	☐☐
5- ¿Problemas del corazón (cardiovascular), circulatorio, dolores en el pecho, presión arterial (alta o baja), angina, flebitis?	5	☐☐	☐☐	☐☐
6- ¿Problemas del sistema digestivo: estómago, esófago, intestino delgado/grueso, hígado, vesícula, páncreas, colitis, hernia, diverticulitis, hemorroides, úlcera de estómago, úlcera del duodeno, dispepsia, indigestiones repetidas, hepatitis A, B o C o cualquier otra molestia del recto, de los intestinos, el estómago o ha presentado alguna vez sangrado al evacuar o en las heces?	6	☐☐	☐☐	☐☐
7- ¿Problemas en los riñones, vejiga, cálculos renales, infección renal, infección urinaria o sangre en la orina?	7	☐☐	☐☐	☐☐
8- ¿Problemas en columna vertebral, dolores de espalda, esclerosis múltiple o hernia discal?	8	☐☐	☐☐	☐☐
9- ¿Enfermedades de las articulaciones, lupus eritemaso, hinchazón, artritis, gota o reumatismo?	9	☐☐	☐☐	☐☐
10- ¿Cáncer, quistes, tumor, leucemia, problemas en la sangre, diabetes, anemia falciforme o hemorragias, hemofilia o anemia?	10	☐☐	☐☐	☐☐
11- ¿Ha sufrido de trastornos de la piel?	11	☐☐	☐☐	☐☐
12- ¿Alteración de la glándula tiroides: bocio, nódulos, hipotiroidismo, hipertiroidismo?	12	☐☐	☐☐	☐☐
13- ¿Alguna enfermedad, lesión o malformación congénita, hereditaria, genética o adquirida al nacimiento?	13	☐☐	☐☐	☐☐
14- ¿Se le ha estudiado o diagnosticado por alguna alteración inmunológica?	14	☐☐	☐☐	☐☐
15- ¿Sufre de algún tipo de alergia? Especifique: _____	15	☐☐	☐☐	☐☐
16- ¿Trastorno mental, ansiedad, depresión, trastorno de déficit atencional?	16	☐☐	☐☐	☐☐
17- ¿Enfermedades infectocontagiosas, toxoplasmosis, meningitis, herpes, dengue, chancro, sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano, SIDA o de transmisión sexual?	17	☐☐	☐☐	☐☐
18- ¿Consume algún tipo de droga o bebida alcohólica? En caso afirmativo, especificar el tipo y la frecuencia: _____	18	☐☐	☐☐	☐☐
19- ¿Por causas de drogas o alcohol, ha sido sancionado y/o recibido tratamiento? Especificar: _____	19	☐☐	☐☐	☐☐
20- ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos doce meses? ¿Cuántas libras? ☐☐☐ ¿Por qué? _____	20	☐☐	☐☐	☐☐
21- Favor listar medicamentos, vitaminas, anabólicos, hormonas u otros que utiliza cualquiera de los solicitantes en forma regular o si se encuentra bajo tratamiento médico. Detallar: _____	21	☐☐	☐☐	☐☐
22- ¿Ha fumado alguna vez cigarrillo, cigarro, pipa o ha usado tabaco en cualquier forma?	22	☐☐	☐☐	☐☐
En caso afirmativo, dé detalles: _____ Fecha: _____				
¿Fuma usted en la actualidad o ha fumado durante los últimos 12 meses?: Sí ☐ No ☐ ¿Con qué frecuencia? _____				
¿Utiliza otro producto que contenga nicotina? ¿Cuál? _____ ¿Con qué frecuencia? _____				
23- Se ha sometido a estudios con rayos x, colonoscopia, endoscopia, estudios para diagnósticos de cáncer, electrocardiograma simple o con prueba de esfuerzo?	23	☐☐	☐☐	☐☐
24- ¿Se ha sometido a algún tipo de cirugía y/o hospitalización por enfermedad, accidente, estética, obesidad, transfusiones de sangre tratamientos u otros? ¿Cuántas? ☐☐ ¿Por qué? _____	24	☐☐	☐☐	☐☐
25- ¿Se le ha recomendado alguna intervención quirúrgica, procedimiento médico o tratamiento en el futuro?	25	☐☐	☐☐	☐☐
26- ¿Existe alguna enfermedad, padecimiento, accidente, desorden fisiológico o discapacidad que no se haya mencionado en las preguntas anteriores?	26	☐☐	☐☐	☐☐
27- ¿Tiene alguno de los solicitantes antecedentes familiares de cáncer, diabetes, enfermedades del corazón o hipertensión?	27	☐☐	☐☐	☐☐

Solicitante	Familiar Afectado	Enfermedad	Edad de Manifestación	Estado Actual

PARA HOMBRES: Prospecto Asegurado, Cónyuge o Hijo Dependiente

28- ¿Ha tenido alteraciones en la próstata, varicocele, criptorquidea, torción testicular u órganos reproductivos? o resultado de PSA (Antígeno Prostático Específico) elevado?

Sí ☐ No ☐ Médico: _____ Lugar de atención: _____

PARA MUJERES: Prospecto Asegurado o Cónyuge

29- ¿Está usted Embarazada? En caso afirmativo, ¿cuántos meses tiene? Sí ☐ No ☐

30- ¿Ha tenido abortos, partos prematuros o dificultad en sus partos? Sí ☐ No ☐

31- ¿Sufre de algún trastorno o enfermedad ginecológica? Sí ☐ No ☐

32- ¿Ha tenido algún tumor, fibromas, quistes o enfermedad en: Sí ☐ No ☐
a) Los pechos ☐ b) Los ovarios ☐ c) La matriz ☐

33- ¿Ha tenido hemorragias vaginales? Sí ☐ No ☐

34- ¿Son regulares sus períodos menstruales? Sí ☐ No ☐

Fecha de la última menstruación: DD MM AA

35- Se le ha hecho algún examen de ultrasonido, mamografía o pruebas especiales? Sí ☐ No ☐

Resultados:

Fecha: DD MM AA

36- Nombre de su Ginecólogo:

Última Visita: / **Resultado Papanicolau** clasificación/estado

PARA NIÑOS: Prospecto Asegurado o Dependientes

37- Nombre del Pediatra:

Fecha de su Última Visita: DD MM AA

COVID-19: Aplica a todos los Solicitantes

1- ¿Han presentado en los últimos 30 días síntomas generales como: fiebre, dolor muscular, decaimiento, dolor de cabeza, dificultad respiratoria, o síntomas respiratorios, tales como malestar en la garganta, tos, diarrea o secreción nasal? Sí ☐ No ☐

2- ¿Han resultado positivo en cualquiera de las pruebas de COVID-19, o está en la espera de los resultados de la prueba en los últimos 30 días? Sí ☐ No ☐

2.1- ¿En caso afirmativo, se han recuperado completamente y ha regresado a sus actividades normales? Sí ☐ No ☐

3- ¿En algún momento requirió hospitalización en Sala, en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en la Unidad de Cuidados Respiratorios (UCRE) para observación o tratamiento de COVID-19? Sí ☐ No ☐

3.1- ¿En caso afirmativo, indicar si ha quedado con alguna secuela del COVID-19?

4- ¿Han recibido la vacuna contra COVID-19? (Si su respuesta fue afirmativa, favor adjuntar tarjeta de vacunación) Sí ☐ No ☐

Acepto que la Compañía establezca las condiciones de asegurabilidad que se encuentren vigentes al momento de la evaluación de esta solicitud.

SI HAN CONTESTADO SÍ ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

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

ESTILO DE VIDA: Aplica a todos los Solicitantes

1- ¿Con quién reside el Prospecto Asegurada(o)?

1.2- De ser casado(a) o unido(a), ¿Cuál es el nombre completo de su pareja?

1.3- ¿Qué edad y qué ocupación tiene su pareja?

1.4- Si su pareja o esposo(a) no tiene seguro, ¿a qué se debe?

1.5- ¿Tienen mascotas? Cuáles? Sí ☐ No ☐

2- ¿Alguno ha viajado más de una vez cada 2 meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año? Sí ☐ No ☐

2.1- ¿Quién? Indicar fecha:

3- ¿Practican algún estilo de alimentación? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Quién? ¿Desde cuándo?

4- ¿Alguno tiene licencia de piloto?, ¿ha piloteado o piensa pilotear alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas aéreas comerciales autorizadas? En caso afirmativo favor complete el cuestionario de aviación Sí ☐ No ☐

5- ¿Practican algún deporte o actividades? Sí ☐ No ☐

¿Quién?

¿Cuáles?

6- ¿Participa o planea participar en carreras de automóviles, motocicletas, paracaidismo, buceo o cualquier otra actividad o deporte arriesgado? Favor complete el cuestionario que aplique. Detalle: Sí ☐ No ☐

7- ¿Ha sido condenado, procesado o investigado en cualquier país por alguna violación a la ley? Especificar: Sí ☐ No ☐

PREGUNTAS ADICIONALES: Aplica a todos los solicitantes

1- ¿Se dejó de incluir a algún familiar asegurable? Sí ☐ No ☐ Quién:

2- ¿Alguno reside, estudia o está por salir por un periodo mayor a dos meses al extranjero? Sí ☐ No ☐ Nombre:

Indique el País: Estado: Universidad:

3- ¿Tienen otro seguro de hospitalización o tienen pendiente alguna solicitud en trámite, en esta u otra compañía? No. Póliza/Solicitud:

Compañía: ¿Quién?

4- ¿Se le ha rechazado, pospuesto, recargado o modificado una Solicitud o póliza de Salud, Vida o Accidentes Personales en esta u otra compañía?

Nombre:

CONTRATANTE: Completar sólo si es diferente al Prospecto.

PERSONA JURÍDICA: Relación con el Prospecto:

Nombre Razón Social - Adjuntar Formulario Único Sujeto Regulado y documentos requeridos

PERSONA NATURAL: Adjuntar copia de Cédula o Pasaporte y Carnet de Migración Vigente

Primer Apellido | Segundo Apellido | Apellido de Casada | Nombre

Cédula / Pasaporte: Fecha Nacimiento: DD MM AAAA Edad: Sexo: M F

Extranjero: Sí No País de Origen: Años de Residencia en Panamá:

Nacionalidades:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

Apto. /Casa No.: Teléfono Residencial: Celular:

E-mail Personal: Zona:

Empresa donde Trabaja: No. Empleado:

Actividad Económica de la Empresa:

Fecha Inicio Empleo: DD MM AA Ocupación: Otras Ocupaciones:

Profesión: Descripción de Funciones:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

E-mail Oficina: Teléfono Oficina:

Ingreso Anual Aproximado - Ocupación Actual B/.: Ingreso Anual Aproximado - Otras Ocupaciones B/.:

País(es) donde Tributa por sus Ingresos: _____, _____, _____

RESPONSABLE DEL PAGO: Completar sólo si es diferente al Prospecto y/o Contratante.

PERSONA JURÍDICA: Relación con Prospecto:

Nombre Razón Social - Adjuntar Formulario Único Sujeto Regulado y documentos requeridos

PERSONA NATURAL: Adjuntar copia de cédula y/o carnet de migración y pasaporte vigente

Primer Apellido | Segundo Apellido | Apellido de Casada | Nombre

Cédula / Pasaporte: Fecha Nac.: DD MM AAAA Edad: Sexo: M F

Extranjero: Sí No País de Origen: Años de Residencia en Panamá:

Nacionalidades:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

Apto. / Casa No.: Teléfono Residencial: Celular:

E-mail Personal: Zona:

Empresa donde Trabaja: No. Empleado:

Actividad Económica de la Empresa:

Fecha Inicio Empleo: DD MM AA Ocupación: Otras Ocupaciones:

Profesión: Descripción de Funciones:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

E-mail Oficina: Teléfono Oficina:

Ingreso Anual Aproximado - Ocupación Actual B/.: Ingreso Anual Aproximado - Otras Ocupaciones B/.:

País(es) donde Tributa por sus Ingresos: _____, _____, _____

PLAN ESCOGIDO: Tipo de Póliza: ☐ Individual ☐ Colectiva Póliza No.: Plan:

☐ MEDIRED: PLAN

☐ XTREME CARE: PLAN DEDUCIBLE B/.

☐ PLAN MÉDICO INTERNACIONAL: PLAN DEDUCIBLE B/. ENDOSO PREMIUM: Sí ☐ No ☐

Para PMI III y Ultimate completar Anexo A

FORMA DE PAGO:

☐ Tarjeta de Crédito

☐ Descuento Bancario por ACH (Adjuntar Formulario)

☐ Voluntario/Corredor/Caja/Banca en Línea/Yappy

☐ Empresa

FRECUENCIA DE PAGO:

☐ Mensual

☐ Semestral

☐ Trimestral

☐ Anual

PRIMA: Según la Frecuencia de Pago

Prima	B/.
Impuesto 5%	B/.
TOTAL	B/.

¿El total de las primas anuales que Usted Prospecto, Contratante o Responsable de Pago paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00?: Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es afirmativa, para el Prospecto, Contratante o Responsable de Pago, adjunte el formulario único de sujeto regulado que aplique.

AUTORIZACIÓN DE PAGO POR TARJETA DE CRÉDITO: Adjuntar fotocopia de cédula y tarjeta de crédito legible (frente) del pagador.

Pagador: ☐ Prospecto ☐ Contratante ☐ Responsable de Pago

Banco: Tipo: ☐ Visa ☐ Master Card ☐ AMEX

N° de tarjeta: Vencimiento: / A partir de: / Día de cargo:

Acepto que de variar la prima se ajustará el descuento. Esta autorización permanecerá vigente y sólo podrá ser cancelada por mí, mediante notificación escrita a Cía. Internacional de Seguros, S.A. la cual se hará efectiva una vez la Cía. Internacional de Seguros haya recibido la nueva forma de pago de conducto automático. De igual forma notificaré el cambio de vencimiento de la tarjeta con quince días de anticipación en cada renovación de la misma.

Firma del Tarjetahabiente | Cédula | / / Fecha

AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO DE RECLAMO: Datos bancarios del Prospecto o Contratante (Persona Natural)

Reembolso: ☐ Prospecto ☐ Contratante (caso de prospectos menores de edad).

Banco: Tipo de Cuenta: Ahorro ☐ Corriente ☐

Nombre de la Cuenta: N° de Cuenta: (No colocar guiones)

Confirmo que la cuenta enunciada se encuentra registrada a nuestro nombre y que el firmante tiene la autorización respectiva del prospecto o el de la póliza y del banco para autorizar que sea acreditada. En consideración de este servicio, convengo además que, si cualquiera de tales órdenes de pago fuera desatendida por EL BANCO, sin causa o inadvertidamente, la COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (LA COMPAÑÍA) no tendrá responsabilidad alguna. Esta autorización permanecerá vigente hasta que: 1. LA COMPAÑÍA reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma, firmada por la(s) persona (s) para el manejo de la cuenta, 2. La cuenta sea cerrada y/o 3. La póliza o certificado sea cancelado.

PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS: Adjuntar documentos requeridos

Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como los jefes de Estados o de un gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas; personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones importantes por una organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la junta directiva o funciones equivalentes.

¿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:

ANEXO A - BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

1. Prospecto Asegurado:

Beneficiarios	Parentesco	%

Beneficiario Contingente:

2. Cónyuge Dependiente:

Beneficiarios	Parentesco	%

Beneficiario Contingente:

3. Hijos Dependientes:

El beneficiario de cualquier hijo asegurado, será el asegurado principal o en su defecto el cónyugue; siempre y cuando este último fuese padre o madre del asegurado.

Beneficiario Contingente de los hijos:

Si uno de los beneficiarios no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro u otros beneficiarios principales en partes iguales. Sólo en el evento de que ningún beneficiario principal viviera, quisiera o pudiera recibir la suma asegurada podrá él(los) beneficiario(s) contingente(s), en los porcentajes arriba señalados (de existir), recibir el pago. Si uno de los beneficiarios contingentes no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro u otros beneficiarios contingentes en partes iguales, salvo que el asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara.

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta Póliza será pagado a

con cédula de identidad personal N° , y en su defecto

con cédula de identidad personal N° a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de los dineros que reciba(n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse esta(s) persona(s) como beneficiario(s) de este seguro.

Entiendo y acepto que la Compañía no asume responsabilidad alguna, ni tiene la obligación de fiscalizar y/o supervisar la administración o el uso que la(s) persona(s) arriba designada(s) de(n) a la indemnización producto de la cobertura de vida contratada.

En caso de duda sobre a quién o quiénes debe efectuarse el pago, la Compañía se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante tribunal competente, a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quién o quiénes deben recibirla quedando la Compañía relevada de sus obligaciones para cualesquiera beneficiarios que aleguen derecho sobre la indemnización, a partir del momento en que se efectúe la consignación judicial.

Nombre de Prospecto		**Nombre de Cónyuge**	
Firma		Firma	
Cédula		Cédula	
Fecha	/ /	Fecha	/ /

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: hábitos, procedimientos, diagnósticos, antecedentes patológicos, problemas de salud, trastornos, enfermedades, padecimientos, desordenes fisiológicos, discapacidades, accidentes, lesiones, malestar 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 sea declarada nula y sin efecto alguno, por la COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (LA COMPAÑÍA), en caso de inexactitud, reticencia, declaración falsa o inexacta 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.**

TÉRMINO Y CONDICIONES DE ESTA SOLICITUD: El seguro surtirá efecto condicionalmente desde la fecha en que la COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (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.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: Por medio de la presente, manifiesto que, en pleno conocimiento de la Ley No.68 de 20 de noviembre de 2003, la Ley No. 40 de 14 de agosto de 2018, y demás normas afines, autorizo de forma voluntaria, libre, espontánea e irrevocable a la COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (LA COMPAÑÍA), a solicitar, recabar y obtener de 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 u 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. La presente autorización incluye brindar dicha información a LA COMPAÑÍA, representantes y Reaseguradores, ya sea mediante informes, copias fotostáticas de los análisis, imágenes, 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 reconocerme en lo sucesivo a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento sin consecuencias para estos ni para la aseguradora a quienes desde la firma de esta solicitud relevo de toda responsabilidad por el hecho de haber suministrado o recabado la información que las anteriores personas y entidades suministren. 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 para disponer de la información, y compartirla con otros proveedores y profesionales que considere convenientes para la evaluación del caso.

En esa misma forma, en cumplimiento de la Ley 81 de 2019 (Reglamentada por el Decreto Ejecutivo 285 de 28 de mayo de 2021), en concordancia con la Ley 12 de 2012, declaro que acepto y expresamente autorizo a LA COMPAÑÍA a recopilar, almacenar y transferir datos personales y sensibles, que adquiera u obtenga, respecto del contratante, asegurado, dependientes y responsable de pago. Expresamente se autoriza a LA COMPAÑÍA, para que el uso de los datos obtenidos y aquellos a los que LA COMPAÑÍA haya tenido acceso con motivo de la ejecución Contrato de Seguro para que éste, a su discreción, pueda utilizarlos y transferirlos dentro de las necesidad de su actividad comercial, para fines relacionados a los productos, pólizas, beneficios y/o servicios aquí contemplados, y a cualesquiera otros que LA COMPAÑÍA así considere conveniente; incluyendo, a todas sus subsidiarias, afiliadas y sucursales, reaseguradores, compañías de seguros, centros de salud o clínicas, profesionales de la salud, y cualesquiera otros asesores o profesionales que a discreción de LA COMPAÑÍA, sean necesarios y convenientes para la evaluación de un caso, conforme las operaciones de LA COMPAÑÍA.

Declaro que la información contenida en esta Solicitud es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntar y que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes.

Nombre de Prospecto _____

Firma _____

Cédula _____ Fecha ___/___/___

Nombre de Cónyuge _____

Firma _____

Cédula _____ Fecha ___/___/___

Nombre de Dependiente
mayor de edad (18años) _____

Firma _____

Cédula _____ Fecha ___/___/___

Nombre de Dependiente
mayor de edad (18años) _____

Firma _____

Cédula _____ Fecha ___/___/___

Nombre de Dependiente
mayor de edad (18años) _____

Firma _____

Cédula _____ Fecha ___/___/___

Nombre de Dependiente
mayor de edad (18años) _____

Firma _____

Cédula _____ Fecha ___/___/___

Nombre de Contratante _____

Firma _____

Cédula _____ Fecha ___/___/___

Nombre de Responsable de Pago _____

Firma _____

Cédula _____ 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 y/o dependientes? Sí ☐ No ☐ ¿A quién y desde cuándo lo conoce? _____

2- ¿Le consta que el Prospecto y Dependientes mayores de 18 años completaron y firmaron esta solicitud? Sí ☐ No ☐

3- ¿Conoce algún hecho o contradicción con las respuestas del Prospecto o Dependientes? _____

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: Sí ☐ No ☐

_____

Nombre o Razón Social: _____ Teléfono: _____

letra imprenta

E-mail: _____

Firma del Corredor: _____ Número de Licencia: _____ ___/___/___

Fecha

PARA USO DE LA COMPAÑÍA:

Evaluación: **Aprobado** ☐ **Declinado** ☐ **Recargo** ☐ **%:** _____ Motivo: _____

Condiciones Pre-existentes: **Temporal** ☐ **Permanente** ☐ **Duración** Desde: DD MM AA Hasta: DD MM AA

Exclusiones: _____

_____

_____ ___/___/___

Nombre y Apellido del Suscriptor Firma Fecha

Aprobación:

_____ ___/___/___

Nombre Firma Fecha

EVALUACIÓN MÉDICA:

_____

_____

_____

_____

Médico: _____ ___/___/___

Nombre Firma Fecha

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

SELLO DE PAGO SELLO DE RECIBIDO