

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"/>

