

I Primera parte

Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ninguna información.

1. Datos Generales del Propuesto Asegurado

1.1 Personales

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F M

Cédula:/Pasaporte _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros _____

Nombre completo del cónyuge: _____ Cédula: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

¿Tiene hijos? Si No ¿Cuántos? _____ Fecha de nacimiento del hijo menor: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Lugar de Nacimiento: _____
Ciudad / País

Teléfonos: Residencia _____ Celular _____ Oficina _____

Nota: Si es de nacionalidad extranjera y tiene menos de 5 años de residir en la República de Panamá, debe completar el cuestionario de Extranjeros.

1.2 Dirección Residencial

Calle o Avenida _____ Casa o Edificio/Condominio _____

No. Apartamento _____ Urbanización/Área Poblada _____ Provincia: _____

Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____

Apartado Postal donde desea recibir correspondencia: _____ E-mail: _____

1.3 Datos de Trabajo

Profesión: _____ Ocupación/Actividad Actual: _____

Describa sus funciones: _____

¿Cuánto tiempo lleva en esta ocupación? _____ Otras ocupaciones actuales: _____

Ocupaciones anteriores: _____ ¿Piensa usted cambiar de Ocupación? Si No

En caso afirmativo explique: _____

Empresa donde trabaja: _____ No. de empleado público: _____

Rango de Ingreso Familiar Mensual: Menos de B/. 500.00 B/. 501 a B/. 1,000 B/. 1,001 a B/. 2,000 B/. 2,001 a B/. 3,000
B/. 3,001 a B/. 4,000 B/. 4,001 a B/. 5,000 B/. 5,001 a B/. 6,000 B/. 6,001 a más

2. Datos Generales del Contratante/Dueño de la Póliza (Sólo si es diferente al propuesto Asegurado)

2.1 Persona Jurídica:

Nombre de la empresa o razón social _____ R.U.C.

Representante Legal: _____

2.2 Persona Natural:

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F M

Cédula:/Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

3. Información de dependientes

Favor listar todos los miembros de la familia a incluir dentro de esta sección, por orden de edad, siendo primero el mayor

Nombre completo	Fecha de Nac.			Estatura	Peso	Parentesco	Cédula	Médico de cabecera
	día	mes	año					
						<input type="checkbox"/> Esposo (a)		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		

Si voluntariamente no incluyó a algún familiar asegurable, indique quién y por qué causa

Nombre	Causa

4. Detalle de los seguros en vigor a su nombre

Compañía	Seguro de Salud / Gastos Médicos	No. de Póliza

¿Se le ha rechazado, cancelado, aplazado, recargado o modificado alguna vez, seguro de vida o contra accidente o enfermedades, o negado su rehabilitación? Si No En caso afirmativo indíquese:

En caso afirmativo, dé detalles: Si No _____

Compañía	Cantidad	Fecha

¿Tiene usted pendiente alguna solicitud de seguro de vida, salud o rehabilitación en alguna otra compañía? _____

5. Tipo de plan deseado

Plan _____ Deducible _____ Copago _____

Observaciones _____

Nota: Se requiere adjuntar la cotización del plan.

6. Responsable de Pago: Completar solo si es distinto al Asegurado

Persona Jurídica

Nombre de la Empresa o Razón Social: _____

RUC

Persona Natural

1er Apellido: _____ 2do Apellido _____ Apellido de Casada _____

1er Nombre: _____ 2do Nombre: _____ Sexo: F M

Cédula/Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____

Dirección de Cobros:

Urbanización o área poblada: _____ Calle o avenida: _____

Casa o edificio/condominio: _____ N° de apartamento: _____

Corregimiento: _____ Distrito _____ Provincia _____

Apartado Postal _____ E-mail: _____ Telefono Residencia: _____

Cel/Teléfono _____ Oficina _____ Fax _____ Otro _____

7. Forma de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: _____

Nº de tarjeta:

Master Card Visa AMEX Diners

Vencimiento: Mes _____ Año _____

Favor firmar autorización de descuento:

Día de Pago: _____

Periodicidad:

1. Mensual

2. Bimestral

3. Trimestral

4. Cuatrimestral

5. Semestral

6. Anual

2- Transferencia electrónica ACH

Nota: llenar Formulario ACH

3- Desc. Directo Cuenta Corriente

4- Transferencia de fondos (Banca en Línea)

5- Pago voluntario

6- Descuento de planilla

8. Autorización de Pago de Reclamaciones

Datos Bancarios

Nombre de la Cuenta _____

Banco _____

Sucursal, Ciudad _____ No. de Cuenta _____

Tipo de Cuenta _____ Ahorro Corriente

Firma _____ Nombres _____ No. de Cédula _____
(Representante Legal)

* E-mail: _____

* Importante que tenga correo electrónico, de esta forma recibirá el pago o reembolso de su reclamo.

II Segunda Parte

1. Historia Médica

En caso de que usted esté completando una solicitud para usted y su familia, recuerde que todas las preguntas deben ser contestadas pensando en cada uno de los miembros de su familia.

Declaraciones que hace el solicitante y que forman parte de la solicitud presentada a Assa Compañía de Seguros, S.A.

Nota al Agente: Cada pregunta deberá ser leída al solicitante.

Nota al Solicitante: Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud. Conteste "Sí" o "No" a cada pregunta. Cada vez que la respuesta sea "Sí", especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación dando las fechas, gravedad, resultados, nombres con direcciones de los médicos y hospitales, etc.

Estatura Exacta (Cm): _____ Peso Exacto _____

¿Ha disminuído de peso en el último año?

Si Cuánto _____ No _____

Nombre y dirección de su médico particular o el último médico que consultó, si no tiene sírvase indicarlo. _____

¿Cuándo le consultó por última vez y por qué? _____

¿Qué tratamiento le fue suministrado o qué medicamentos le fue recetado? _____

2. Antecedentes Personales:

Es indispensable contestar a cada pregunta Sí o No, dependientes.		Si alguna de estas preguntas ha sido contestada "Sí", sírvase dar detalle con respecto a fechas, diagnóstico, nombre del médico, etc.
1. Cáncer, quistes algún tumor?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2. Derrame, isquemia cerebral, enfermedad cerebro vascular?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. Dolor de cabeza, migraña?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. Epilepsia, convulsiones, alguna enfermedad del Sistema Neurológico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. Alguna enfermedad mental, ansiedad, depresión, trastorno de deficit atencional?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6. Alteración, afección de los ojos, oídos, nariz, boca, garganta?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. Alteraciones de la tiroide: bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo, inflamación de la tiroide, nódulos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8. Se le ha detectado el azúcar alta, se le ha encontrado alguna vez azúcar en la orina?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
9. Trastornos hormonales?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
10. Enfermedades de la piel?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
11. Asma, enfermedad pulmonares?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
12. Alguna enfermedad del corazón?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
13. Se le ha encontrado alguna vez la presión arterial alta?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Antecedentes Personales:		
14. Alteración del Sistema Digestivo: esófago, estómago, intestino delgado/grueso, hígado, vesícula, páncreas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
15. Alteración o afección de los riñones, uréteres, vejiga, uretra. infección urinaria, orina con sangre?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
16. Enfermedades de las articulaciones (artritis, reumatismo, gota, etc.)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
17. Ha padecido de la columna vertebral, discos, ridiculopatías, lesiones en los huesos (osteoporosis osteopenia)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
18. Ha tenido gigantomastía, desviación del tabique nasal?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
19. Alguna enfermedad de la sangre?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
20. Ha tenido la prueba de Virus del Sida positiva?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21. Enfermedades infectocontagiosas, toxoplasmosis, meningitis, herpes, enfermedad de transmisión sexual, hepatitis, dengue?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. Alguna enfermedad o malformación o lesión o lesión congénita?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
23. Alguna vez ha usado alguna droga como: marihuana, cocaína, anfetaminas, u otros similares?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
24. Ingiere bebidas alcohólicas? detalle, clase y frecuencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
25. Está tomando algún medicamento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
26. Ha tenido alguna operación o intervención quirúrgica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
27. Ha tenido alguna alteración de salud, ha consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico de alguna otra enfermedad o condición no mencionada anteriormente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

3. Estilo de Vida		
1. Ha viajado como piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro? En caso afirmativo, favor completar el cuestionario de aviación.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2. Ha participado o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, paracaidismo, buceo, alpinismo, equitación u otras actividades peligrosas? En caso afirmativo, favor de completar el Cuestionario de Deportes y Actividades Peligrosas.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? A) ¿En caso afirmativo, fecha del último cigarrillo _____ Cuantos al día _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Ha usado cualquier otro producto que contenga nicotina en los últimos doce meses? A) ¿En caso afirmativo, cuál, y cada cuanto lo usa? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Ha sido condenado por un crimen?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Ha sido condenado por manejar bajo la influencia del alcohol y/o drogas, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al alcohol o a las drogas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año? En caso afirmativo, favor completar el cuestionario de viaje.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Femenino:		
1 Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Meses: _____ Fecha probable de parto: _____
2 Abortos, dolor pélvico, endometriosis, menopausia, hemorragias vaginales, fibromas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3 Recibe o ha recibido tratamientos por infertilidad, o padece irregularidades menstruales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4 Padece alguna alteración de las mamas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Nombre del Médico _____
Dirección _____

Masculino:		
1 Alteración de la próstata, desordenes en los órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2 Varicocele, ha tenido el Antígeno Prostático Específico (PSA) elevado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Nombre del Médico _____
Dirección _____

4. Mencione el nombre de los médicos que lo han atendido en los últimos 5 años:

Nombre:	Dirección:	Tel.:
Nombre:	Dirección:	Tel.
Nombre:	Dirección:	Tel.

5. Historia Familiar

Los miembros de su familia inmediata (padre, madre, hermanos, abuelos) han tenido historia de:

Infarto, Derrame, Enfermedades del Corazón, Cáncer, Diabetes, Colesterol elevado, Triglicéridos elevados, Suicidio, Enfermedades mentales.

Si ó No

Detalle la enfermedad, edad de diagnóstico y que miembro de su familia tiene historia de la enfermedad.

III Tercera Parte Autorizaciones y Firmas

1. Autorización del paciente para suministrar datos y revelar información profesional del asegurado y dependientes

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional a Assa Compañía de Seguros, S.A., o a mi corredor de seguros. Renuncio, exonero y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada.

2. Autorización para solicitar y suministrar información de crédito

Doy mi consentimiento y autorizo a Assa Compañía de Seguros, S.A. a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegué a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a Assa Compañía de Seguros, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

a) Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cuál consta de la primera a la segunda parte conjuntamente, que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento, y acepto que cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas eximirá a ASSA Compañía de Seguros de toda obligación de indemnizar.

b) Convengo que ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud para el Seguro de Salud Individual, y que el seguro aquí solicitado entrará en vigor cuando sea aprobado por la Compañía, iniciando a partir de la fecha efectiva que se expresa por escrito en las Condiciones Particulares de la póliza.

Fundamento Legal No 24 de 22 de mayo de 2002

Fecha

Firma del Asegurado

Cédula/Pas. del Solic.

Firma del Contratante

