

Queda entendido que el seguro no entrará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aprobada por la **COMPANÍA** y la primera prima haya sido pagada estando el **PROUESTO ASEGURADO** en buen estado de salud. (Use letra imprenta):

1. Datos Generales

Nombre Completo:	Cédula/Pasaporte:		
Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		

2. Declaración de Salud
2.1. Alguna vez se ha diagnosticado que padece, o se le ha informado haber tenido o tratado por alguna de las siguientes enfermedades:

	Si	No	Detalle el diagnóstico	Fecha dd/mm/aa	Nombre del Médico Tratante / Clínica
1. Trastorno del Corazón, Trastorno del Cerebro, Presión Alta.					
2. Trastornos Pulmonares o Respiratorios. Recibe tratamiento con Inmunosupresores.					
3. Diabetes, Trastornos del Hígado, Alteraciones Digestivas, Enfermedades de la Tiroides, Cáncer, Riñón, Alguna condición inmunológica.					
4. Otra(s) Enfermedades.					

2.2. Está en la actualidad bajo tratamiento médico o toma algún medicamento: Si _____ No _____ Indique cuál: _____

Diagnóstico del Tratamiento: _____ Nombre del Especialista que ordenó el Tratamiento: _____

2.3. Resulté positivo en la prueba de COVID-19 Si _____ No _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hospital / Clínica: _____

2.4. Alguna vez ha sido hospitalizado (a) por COVID 19 Si _____ No _____ Fecha de entrada: _____ / _____ / _____ Fecha de salida: _____ / _____ / _____

Hospital / Clínica: _____

2.5. Usted ha estado recluido en la Unidad de Cuidados Intensivo (UCI) a causa de COVID19 (SARS-Cov-2) Si _____ No _____ Fecha de entrada: _____ / _____ / _____

Fecha de salida: _____ / _____ / _____ Hospital / Clínica: _____

2.6. Nos interesa conocer cuál ha sido su estado de salud los últimos 21 días, por favor marcar los síntomas que ha experimentado. Síntomas:

	Si	No
1. Fiebre sobre 37.5 °C		
2. Dificultad para respirar		
3. Dolor de Garganta o cabeza		
4. Fatiga o mucho cansancio		
5. Pérdida del olfato o del gusto		
6. Dolor muscular		
7. Tos persistente		
8. Malestar gastrointestinal		

2.7. ¿Ha participado o asistido a eventos masivos en los últimos 14 días? Si _____ No _____ Detalle: _____

2.8. ¿Ha viajado durante los últimos 14 días fuera de Panamá? Si _____ No _____ Detalle: _____

2.9. ¿Tiene pensado realizar algún viaje? Si _____ No _____ Detalle: _____

2.10. ¿Ha estado en contacto con médicos o trabajadores de la salud que estén trabajando directamente con pacientes de COVID-19 o centros hospitalarios expuesto al virus? Si _____ No _____ Detalle: _____

2.11. ¿Ha estado en contacto con algún familiar que esté en observación, cuarentena u hospitalización por posible caso o confirmación de COVID-19? Si _____ No _____ Detalle: _____

2.12. ¿Se encuentra en buen estado de salud actualmente? Si _____ No _____ Detalle: _____

2.13. ¿Se ha vacunado contra el COVID19? Si _____ No _____ Indicar la cantidad de Dosis recibidas: _____

3. Autorización del paciente para suministrar datos y revelar información profesional:

El infrascrito por este medio autoriza 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 BANESCO SEGUROS, S. A., Panamá Rep. de Panamá, además renuncio, exoneró y revelo al médico, clínica, hospital, o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción por la Ley para que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o datos confidenciales a la Compañía arriba mencionada. La información en esta solicitud se suministra para la obtención de un Seguro y es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Consiento en que el presente cuestionario forme parte de mi solicitud de seguro y en que, si llegase a ocurrir un hecho esencial de mi conocimiento, el contrato podrá ser declarado nulo.

Fecha: _____

Firma del Solicitante: _____

Nota: Si su respuesta fue afirmativa a Covid 19. Agradecemos proporcionar los resultados de prueba negativa de Antígenos cuantitativa (Elisa) o Hisopado PCR.