

# SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS PARA ASEGURADOS PRINCIPALES MENORES DE EDAD

<input type="checkbox"/> Póliza nueva	<input type="checkbox"/> Cambio de contratante	<input type="checkbox"/> Cambio de plan	<input type="checkbox"/> Rehabilitación	Número de Póliza
---------------------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	------------------

## I- INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Estado civil *	Ocupación	Descripción exacta de la ocupación
Dirección de trabajo		Nacionalidad		Cédula / Pasaporte
Correo electrónico de trabajo		Teléfono de trabajo		

\*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho)

1. ¿Es usted o alguna de las personas nombradas en este documento, una Persona Expuesta Políticamente y/o PÚblicamente (PEP) ?

Sí o  No

Favor Indicar

Ley 23 de 2015, Artículo 4, numeral 18: "Personas nacionales o extranjeras que cumplan funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como (pero sin limitarse) 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 ocupan cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas, personas que cumplen o a quiénes 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"

2. Información Financiera: Ingreso Anual

Lugar o lugares donde tributa por sus ingresos:

## II- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

### Dirección residencial

Dirección				
Ciudad	Provincia	Apartado postal	País de Residencia	Tiempo de Residencia

### Dirección Postal

Dirección (si es diferente de la anterior)			
Ciudad	Provincia	Apartado postal	País de Residencia
Teléfono de la casa		Celular	
Fax	Correo electrónico personal	Correo electrónico del cónyuge	

## II- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (CONTINUACIÓN)

1. ¿Tiene usted y todos los solicitantes una residencia legal y permanente en Panamá?  **Sí o**  **No**

2. ¿Actualmente usted o algún solicitante reside legalmente en los Estados Unidos de América por un período de 6 meses o más ininterrumpidos durante un período de 365 días?  **Sí o**  **No**

3. ¿En qué países están usted y todos los solicitantes del seguro autorizados a residir de forma legal, permanente o temporalmente?  **Sí o**  **No**  País

## III- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Ocupación
Parentesco	Estado civil *	Cédula / Pasaporte		

\*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a)

V: Viudo(a)

U: Unión Libre (Unión de Hecho)

1. ¿Practica algún deporte en forma profesional?  **Sí o**  **No** en caso afirmativo, indicar quién:

¿Qué deporte practica?

## IV- PÓLIZA(S) SOLICITADA(S)

### 1. HEALTHTRUST

Por favor seleccione un producto:

A - Plan Internacional

Por favor seleccione un deducible:

\$1,000/\$2,000  \$2,500/\$5,000  \$5,000/\$10,000

B - Plan local

Por favor seleccione un deducible:

\$350  \$700  \$1,200

Fecha de efectividad que solicita para la cobertura:

## V- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

1. ¿La cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente?

Sí o  No

En caso afirmativo, por favor adjunte una copia:

### Certificado de Cobertura

• Recibo del último pago

• Nombre de la Compañía

• Producto y Deducible

• Número de Póliza

3. ¿Alguna solicitud de seguro de gastos médicos, accidentes personales o vida ha sido negada, aceptada con restricciones o con una extraprime para alguno de los solicitantes?

Sí o  No

En caso afirmativo, favor explicar

2. ¿Después que comience la cobertura, usted o alguno de sus dependientes tendrá otro seguro médico?

Sí o  No

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Nombre de la Compañía

• Producto y Deducible

• Número de Póliza

4. ¿Usted o algún solicitante ha solicitado seguro o ha sido asegurado por Pan-American Life de Panamá?

Sí o  No

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Número de Solicitud/Póliza

• Tipo de producto

## VI- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Tiene el solicitante un médico de cabecera o médico tratante con quien se atiende regularmente?

Sí o

No

(en caso afirmativo, por favor explique):

Nombre del Médico

Especialidad

Teléfono


## VII- EXÁMENES MÉDICOS

¿Ha tenido el solicitante un examen pediátrico, ginecológico general o rutinario?

Sí o

No

(en caso afirmativo, por favor explique):

Tipo de examen

Fecha

Resultado (Si fue anormal, favor explicar )

Normal

Anormal

Normal

Anormal

Normal

Anormal


## VIII- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿La solicitante ha estado embarazada anteriormente?

Sí o

No

Nombre del Solicitante:

En caso afirmativo por favor indique el número de embarazos.

Embarazos

Parto natural

Cesárea

Abortos

b. En caso de antecedente de Cesárea o Abortos por favor indicar los motivos y fechas:

c. La solicitante se encuentra actualmente embarazada?

Sí o

No

Por favor indique fecha probable de parto.

d. La solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preclampsia, complicaciones perinatales?

Sí o

No

(en caso de ser afirmativo, indique los detalles):

## IX- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿El solicitante ha padecido o padece?:

SI NO

1. ¿Infecciones?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
2. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis u otros desórdenes neurológicos?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
4. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
5. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, soplo, circulatorios, problemas de presión arterial, aneurisma, trombosis, venas varicosas, flebitis, fiebre reumática o colesterol o triglicéridos elevados?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
6. ¿Síntomas o signos del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, colitis, pólipos, divertículos u otros síntomas o signos del hígado, vesícula, recto, ano o sistema digestivo?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
7. ¿Síntomas o signos de los riñones o del tracto urinario, infección urinaria, pielonefritis, pus o sangre en la orina, cistitis, piedras, insuficiencia renal o cualquier otro trastorno del riñón, ureter, vejiga y/o uretra?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
8. ¿Síntomas o signos de la columna vertebral, espalda, ciática, lumbalgia, escoliosis, cervicalgia, artritis, gota u otros síntomas o signos de los músculos, huesos o articulaciones? Por favor indique si presenta material de fijación, tornillos, placa o prótesis	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
9. ¿Tumores benignos o cáncer?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
10. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
11. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
14. ¿Síntomas o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas o útero incluyendo miomas, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
15. Síntomas o signos o de la piel incluyendo, psoriasis, vitíligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
17. ¿VIH o SIDA?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
20. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles:

Pregunta #	Condición	Período Desde:	Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico		

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles:

Pregunta #	Condición	Período
Tratamiento y resultados	Información del Médico	Desde: Hasta:
Pregunta #	Condición	Período
Tratamiento y resultados	Información del Médico	Desde: Hasta:
Pregunta #	Condición	Período
Tratamiento y resultados	Información del Médico	Desde: Hasta:
Pregunta #	Condición	Período
Tratamiento y resultados	Información del Médico	Desde: Hasta:
Pregunta #	Condición	Período
Tratamiento y resultados	Información del Médico	Desde: Hasta:

## X- MEDICAMENTOS

¿El solicitante está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo prolongado?

**Sí**  **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

Nombre del medicamento	Motivo	Cantidad y frecuencia	Período
			Desde: Hasta:
			Desde: Hasta:
			Desde: Hasta:

## XI- HISTORIA FAMILIAR

¿El solicitante tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria o algún otro padecimiento no mencionado en esta solicitud?

**Sí**  **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

Familiar	Desorden

## XII- HÁBITOS

¿El solicitante alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilícitas?

**Sí**  **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

Tipo	Cantidad por día	Consumo	Período
		○ Previo ○ Actual	Desde: Hasta:
		○ Previo ○ Actual	Desde: Hasta:
		○ Previo ○ Actual	Desde: Hasta:

### XIII- DECLARACIONES

Entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. La Compañía tiene el derecho a solicitar información adicional sobre mí historia clínica o la de mis hijos menores de edad a médicos, hospitales, y otros proveedores de salud, con el propósito de determinar la elegibilidad para el plan que he solicitado, así como la elegibilidad de los reclamos que podrán ser presentados con posterioridad. Por ende autorizo el acceso a cualquier información que pueda ayudar a determinar la elegibilidad de mis hijos menores de edad.

2. Enfermedad o Condiciones Preexistentes hace referencia a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, diagnosticada o conocida por este o por su representante con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la compañía de seguros.

Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al propuesto asegurado o a su representante acerca de todas aquellas condiciones o enfermedades preexistentes que puedan conllevar una limitación o exclusión de cobertura. En base a la declaración de salud efectuada por el propuesto asegurado o de su representante la Compañía establecerá las restricciones y limitaciones de cobertura aplicables. Toda condición preexistente que no haya sido declarada en la solicitud de seguro o sea revelada con reticencia, omisión o falsedad, producirá la nulidad del contrato de seguro y facultará a la compañía para solicitar su anulación.

3. Todos los términos y condiciones de las coberturas para las cuales he aplicado, están especificadas en la Póliza que expedirá la Compañía y que deberá ser firmada por el asegurado o por su representante, si la solicitud es aprobada. Esta declaración y cualquier otra información adicional que haya sido proporcionada por el propuesto asegurado o por su representante mientras sea procesada la declaración, formarán parte de la Póliza que será emitida por la Compañía.

La información proporcionada en este formulario tendrá una vigencia de sesenta (60) días a partir de la fecha en que fue suministrada. La firma del asegurado o de su representante es constancia de que ha revisado cuidadosamente esta declaración, y que toda la información suministrada en la misma así como cualquier información suministrada posteriormente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas.

Esta información será tomada como base para la emisión de una Póliza de Salud, de acuerdo al plan seleccionado para mí y mis dependientes, si los hubiere. Cualquier declaración o manifestación hecha, con falsedad o inexactitud, vicia de nulidad al contrato de seguro. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente. Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempotranscurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

Autorizo a cualquier médico, proveedor de salud, hospital, clínica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, o cualquier otra organización o institución que pueda tener conocimiento sobre mi salud y la de mis hijos menores de edad para que divulgue esta información a Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A., sus compañías afiliadas o sus reaseguradoras con el objeto de evaluar mi solicitud de seguro de salud y gastos médicos, vida o accidentes personales, así como la elegibilidad de los reclamos presentados con posterioridad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Una fotocopia o copia escaneada de esta autorización es tan válida como el original.

Autorizo a la compañía a compartir información sobre los antecedentes de salud de mis hijos menores de edad con mi agente de seguro durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi póliza.

Firma del Contratante

Fecha (Mes/Día/Año)

(ESTE DOCUMENTO DEBE ESTAR FIRMADO POR TODOS LOS PROPUESTOS ASEGURADOS QUE SEAN MAYORES DE 18)

### XIV- INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGURO

Número de Registro de Intermediario en la SIB

Código de Agente

Nombre

### XV- RECONOCIMIENTO DEL AGENTE

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar a Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A. esta solicitud y todas las primas cobradas, así como por entregar la póliza al solicitante cuando esta sea emitida.

Desconozco de alguna condición que no haya sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la asegurabilidad de los solicitantes.

Firma del Agente

Nombre del Agente en letra de molde

Código de Agente

Firma del Representante

Fecha (Mes/Día/Año)