

Solicitud de Inclusión de Dependiente

Seguro de Gastos Médicos

Fecha de solicitud / día / mes / año /

Póliza No.

Certificado No.

Datos del Asegurado

Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento / día / mes / año	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Pasaporte Número	
Fecha de efectividad del movimiento / día / mes / año		Plan o Categoría	

Datos de los Dependientes

1.Nombre		Apellido	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)	Fecha nacimiento	
Nacionalidad:	Peso:	Estatura:	<input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Pasaporte Número
2.Nombre		Apellido	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)	Fecha nacimiento	
Nacionalidad:	Peso:	Estatura:	<input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Pasaporte Número
3.Nombre		Apellido	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)	Fecha nacimiento	
Nacionalidad:	Peso:	Estatura:	<input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Pasaporte Número
4.Nombre		Apellido	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)	Fecha nacimiento	
Nacionalidad:	Peso:	Estatura:	<input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Pasaporte Número

Declaración de Salud

1.- Padece o ha padecido alguno de sus dependientes de las enfermedades siguientes? Marque SI en caso afirmativo o NO en caso negativo, e indicar con una X a quien corresponde la respuesta:

Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Cáncer/Tumor/Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Enfem. de los Riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Afecciones de Próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Prob. cerebrovasculares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Problemas en la vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Prob. en el estómago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Problemas en la columna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Problemas en la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____
Enferm. de articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Dep. 1	<input type="checkbox"/> Dep. 2	<input type="checkbox"/> Dep. 3	<input type="checkbox"/> Dep. 4	Nombre: _____

2.- ¿Alguno de sus dependientes se encuentra bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento? Sí No
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____

3.- ¿Alguno de sus dependientes ha padecido de lesiones o enfermedades durante los últimos 5 años? Sí No
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____

4.- ¿Alguno de sus dependientes presenta algún padecimiento, accidente o desorden fisiológico que no se haya mencionado? Sí No
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____

5.- ¿Alguno de sus dependientes fuma? Sí No En caso afirmativo especifique años fumando _____ Cantidad por día _____
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____

6.- ¿Alguno de sus dependientes consume algún tipo de droga o bebidas alcohólicas? Sí No
 En caso afirmativo confirme cuando _____
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____

- 7.- ¿Alguno de sus dependientes a disminuido o aumentado de peso en los últimos 3 meses? Sí No
 En caso afirmativo confirme cuantas libras _____
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____
- 8.- ¿Alguno de sus dependientes sufre algún tipo de alergia? Sí No
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____
- 9.- ¿Alguno de sus dependientes se ha sometido a algún tipo de cirugía o tratamiento en el pasado? Sí No
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____
- 10.- ¿Alguno de sus dependientes sufre de trastornos en la piel? Sí No
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____
- 11.- ¿Alguno de sus dependientes toma medicamentos de forma recurrente? Sí No
 Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____
- 12.- Favor listar los medicamentos que toma cualquiera de los solicitantes en forma recurrente: _____

 Titular Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____
- 13.- ¿Alguno de sus dependientes cuenta con otro seguro hospitalario en otra compañía? Sí No
 En caso afirmativo, indicar: Compañía _____ Póliza No. _____
 Titular Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: _____

Preguntas para el cónyuge o dependiente

- 15.- ¿Padece de algún trastorno o enfermedad ginecológica? Sí No
- 16.- ¿Está usted embarazada? Sí No En caso afirmativo indique cantidad de semanas _____
- 17.- Especificar nombre de su ginecólogo: _____ Fecha de su última visita: / día / mes / año
- 18.- Especificar fecha de su último papanicolau: / día / mes / año Resultado, grado o tipo: _____
- 19.- ¿Se le ha hecho algún examen de ultrasonido, mamografía o pruebas especiales? Sí No
 Especificar resultados y fecha: _____
- 20.- En caso de tener niños, indicar el nombre de su pediatra: _____

Si ha contestado afirmativamente algunas de las preguntas anteriores (1 al 20), favor completar las siguientes informaciones:

Pregunta No.	Nombre del solicitante/dependiente	Fecha última atención	Enfermedad	Médico tratante	Condición actual

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 antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta Solicitud sirve de base para emitir la póliza y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la póliza quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falsedad o reticencia de mi parte, sobre circunstancias que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiere hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

Autorización (información confidencial)

Autorizo por la presente a cualquier médico, referido de la Compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico u otra facilidad médica o médicamente relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica u otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de salud: mía, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la compañía de Seguros y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, para lo cual los relevo de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias en cumplimiento en los establecido por la ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostática de ésta autorización será tan válida como la original. 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.

La compañía se reserva el derecho de revisar las referencias crediticias del cliente en el sistema de la Asociación Panameña de Crédito y podrá, a falta de pago, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.

(*) Favor anexar a este formulario los siguientes documentos:

1.Copia de cédula para dependientes mayores de 18 años | 2.Copia de certificado de nacimiento para recién nacidos

Firma y sello del contratante

Firma del titular

Firma y Código del Corredor

Firma del Gte. de Negocios

Para ser completado por la Compañía

Recibido por

Fecha / día / mes / año

Procesado por

Fecha / día / mes / año