

# Solicitud de Inscripción Seguro Colectivo



Fecha solicitud: Día \_\_\_ /Mes \_\_\_ /Año \_\_\_\_

Por favor completar en letra legible

Seguro de Vida		Médico Hospitalario		Accidentes Personales	
Suma asegurada o plan		Suma asegurada o plan		Suma asegurada o plan	
Certificado	Póliza	Certificado	Póliza	Certificado	Póliza

Vigencia Día ___ /Mes ___ /Año ____	Contratante	Filial o División
--	-------------	-------------------

Datos del asegurado					
Nombres			Apellidos		
Apellido de casada		Cédula / Pasaporte		Edad	Sexo (M / F)
Fecha de nacimiento: Día ___ /Mes ___ /Año ____	Nacionalidad	Estado civil	Profesión u ocupación		Estatura (Mts / Pies)    Peso (Kgs / Lbs)
Cargo que desempeña		Sueldo	Fecha de ingreso Día ___ /Mes ___ /Año ____	E-mail	
Dirección residencial			Provincia	Teléfono/Celular	
Es usted una persona políticamente expuesta?		Indicar cargo actual o anterior			

Autorización de pago de reclamaciones		
Nombre de la cuenta		E-mail para envío de liquidaciones
No. de cuenta	Nombre del banco	Tipo de cuenta    Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>

Datos de los dependientes para el Seguro Médico Hospitalario						
1	Nombre			Fecha de nacimiento: Día ___ /Mes ___ /Año ____	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
2	Nombre			Fecha de nacimiento: Día ___ /Mes ___ /Año ____	Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
3	Nombre			Fecha de nacimiento: Día ___ /Mes ___ /Año ____	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
4	Nombre			Fecha de nacimiento: Día ___ /Mes ___ /Año ____	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
5	Nombre			Fecha de nacimiento: Día ___ /Mes ___ /Año ____	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)

Beneficiarios principales para el Seguro de Vida y/o Accidentes Personales (la suma de los porcentajes debe ser el 100%)			
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje

Beneficiarios contingentes para el Seguro de Vida y/o Accidentes Personales (la suma de los porcentajes debe ser el 100%)			
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje

Nombre del administrador, en caso de beneficiarios menores de edad			
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje

Si no hubiere ningún beneficiario con vida, la indemnización se hará a los herederos legales. El pago correspondiente lo realizará LA COMPAÑIA una vez los herederos legales hagan valer su derecho notificando tal situación por escrito en las oficinas de LA COMPAÑIA y presentando ante la misma la sentencia en firme del tribunal competente

Información adicional				
a) Ha tenido usted o alguno de sus dependientes algún seguro similar al que esta solicitando?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Quién?	Qué seguro?	Con qué compañía?	Suma asegurada	Vencimiento
b) Usted o alguno de sus dependientes fuma o ha fumado, consume bebidas alcohólicas o drogas estupefacientes?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Quién?	Qué consume?	Con qué frecuencia?	Desde cuándo?	Hasta cuándo?
c) Práctica usted o alguno de sus dependientes algún deporte o actividad que pueda ser considerada de alto riesgo?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Quién?	Qué actividad?	Con qué frecuencia?	Desde cuándo?	Hasta cuándo?

**Declaración de salud del solicitante y los dependientes (favor ampliar su respuesta en el cuadro indicado)**

- 1) Goza usted y todos sus dependientes de buena salud mental y física? Sí  No
- 2) Tiene usted o alguno de sus dependientes algún defecto congénito o adquirido evidente o no físicamente? Sí  No
- 3) Se ha realizado usted o algún dependiente un examen, tratamiento o cirugía para cualquier afección médica? Sí  No
- 4) Se ha realizado usted o algún dependiente un papanicolau? En dado caso indique quién, \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ resultado \_\_\_\_\_ Sí  No
- 5) Se ha realizado usted o algún dependiente una mamografía, ultrasonido o prueba especial? En dado caso indique quién, \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ resultado \_\_\_\_\_ Sí  No
- 6) Está usted o alguna dependiente embarazada? En dado caso indique quién \_\_\_\_\_ de cuántas semanas \_\_\_\_\_ Sí  No
- 7) Ha tenido usted o alguna dependiente una pérdida de embarazo? En dado caso indique quién \_\_\_\_\_ cuándo \_\_\_\_\_ Sí  No
- 8) Toma usted o algún dependiente medicamentos permanentes? En dado caso indique quién \_\_\_\_\_ qué medicamento \_\_\_\_\_ Sí  No
- 9) Ha recibido usted o algún dependiente transfusiones de sangre? En dado caso indique quién, \_\_\_\_\_ cuándo \_\_\_\_\_ por qué \_\_\_\_\_ Sí  No
- 10) Ha sufrido usted o algún dependiente un accidente grave o intoxicaciones? En dado caso indique quién, \_\_\_\_\_ cuándo \_\_\_\_\_ qué lesiones sufrió? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 11) Es usted o algún dependiente piloto o tripulante en aviones privados o comerciales? En dado caso indique quién \_\_\_\_\_ Sí  No

**Padece o ha padecido usted o alguno de sus dependientes alguna de las siguientes condiciones? (no aplica para Accidentes Personales)**

- 12) Enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, hemiplejía, apoplejía, polineuritis, convulsiones, desmayos, derrame isquémico, hemorragia cerebral, meningitis neurastenia, parálisis, neurosis, insomnio, migraña, vértigo, mal de parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, distrofia muscular, síndrome de Guillain Barré) Sí  No
- 13) Trastornos mentales (psicosis, esquizofrenia, trastornos bipolares, ansiedad, trastornos alimenticios, fatiga crónica, abuso o dependencia de sustancias químicas o drogas, alcoholismo, depresiones) Sí  No
- 14) Enfermedades del corazón y del aparato circulatorio (insuficiencia cardíaca, ataque cardíaco, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, hipertensión, trombosis, flebitis, fiebre reumática, infarto, síncope, defecto cardíaco o soplo al corazón, inflamación de pies o tobillos, edemas de miembros inferiores, venas varicosas, aneurismos, valvulopatías, arritmias) Sí  No
- 15) Enfermedades de la sangre (anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, ganglios linfáticos, colesterol alto, deficiencia del factor II, V, VII, X y XII, deficiencia congénita de antitrombina III, púrpura trombocitopénica idiopática o trombótica, enfermedad de Von Willebrand, defectos de la función plaquetaria, triglicéridos altos) Sí  No
- 16) Trastornos autoinmunes (anemia perniciosa, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, dermatomiositis, esclerosis múltiple, lupus eritematoso o sistémico, síndrome de Sjogren, miastenia grave, bocio tirotóxico difuso, síndrome de reiter, hemoglobinopatía, hepatitis autoinmune, anemia hemolítica autoinmune) Sí  No
- 17) Trastornos gastrointestinales (úlceras, cálculos biliares, reflujo gastroesofágico, vómitos de sangre, diverticulitis, gastritis, ictericia, hemorroides, fístula de recto, hernia hiatal, enfermedades del hígado o del páncreas, pólipos intestinales, colitis, intolerancia al gluten, enfermedad de Crohn) Sí  No
- 18) Enfermedades del sistema endocrino (diabetes, hiperglucemia, hipoglucemia, obesidad, bocio, hipofísitis, hipertiroidismo, hipotiroidismo. De ser afirmativo para diabetes, indicar tipo de diabetes, fecha en que se diagnosticó, medicamentos y dosis o tratamiento que lleva. Sí  No
- 19) Enfermedades del sistema osteomuscular (lumbago, ciática, escoliosis, artritis, tendinitis, gota, osteoporosis, síndrome del tunel carpiano, espina bífida hernias discales) Sí  No
- 20) Enfermedades del sistema respiratorio (asma, tos crónica, tuberculosis, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, neumonía, pleuresía, catarro persistente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), roncquera crónica, sinusitis, alergias, fibrosis pulmonar) Sí  No
- 21) Enfermedades del sistema genito-urinario (tumores o enfermedades de la próstata, insuficiencia renal crónica o aguda, cálculos renales, quistes de ovarios, enfermedades de la vejiga o la uretra, sangrado genital anormal, fibromas, displasias, cáncer uterino / cervix, endometriosis) Sí  No
- 22) Enfermedades de transmisión sexual (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA-VIH), virus del papiloma humano (VPH), sífilis, gonorrea, hepatitis B y C, herpes genital, condilomas) Sí  No
- 23) Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o boca (cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, trastornos de la articulación temporomandibular (ATM), síndrome de Meniere pterigión) Sí  No
- 24) Enfermedades o lesiones de la piel (lunares que han crecido en corto tiempo, cambiado de color o que pican, vitiligo, cáncer en la piel) Sí  No
- 25) Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, fiebres tifoideas, septicemias, malaria, ébola, chikungunya, zika) Sí  No
- 26) Enfermedades o trastornos no citados anteriormente (hernias, cáncer, melanoma, sarcoma de Kaposi, tumor de cualquier tipo, linfomas, quistes, deformidad o mutilación de algún miembro, diarrea persistente, fiebre de origen desconocido, pérdida inexplicable de peso, sudoración nocturna, enfermedad o defecto congénito desnutrición, Síndrome de Down, patología de mama, cáncer de mama o cualquier otra condición médica, síntoma o signo que haya presentado o que presente actualmente) Sí  No

**Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor ampliar su respuesta en las siguientes líneas**

No.	Solicitante/dependiente	Detalle	Atención/diagnóstico	Condición actual	Médico/hospital

**Información del médico de cabecera, ginecólogo y pediatra que atienden al solicitante o sus dependientes**

No.	Solicitante	Médico	Especialidad	Teléfono
1				
2				
3				
4				
5				

**Autorización**

Yo, el solicitante, por la presente declaro y certifico bajo la fe del juramento, que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud y que las respuestas que he dado a las mismas, así como las informaciones y/o afirmaciones establecidas en ellas, son ciertas, verdaderas y completas. Reconozco que la información suministrada por mi persona constituye la base para la aprobación del seguro solicitado y acepto que la inexacta o falta declaración de los hechos que expresamente se preguntan en el cuestionario que antecede podrán originar la pérdida de más derechos como Asegurado.

Autorizo a todo médico, hospital, centro de diagnóstico o institución de la salud que me haya atendido o que haya atendido a mis dependientes para que suministre a **Vivir Compañía de Seguros, S.A.** todos los informes que esta requiera en relación con mi salud y la de mis dependientes, relevándolos de cualquier responsabilidad penal, civil o administrativa en que pueda incurrir por proporcionar dicha información y/o de cualquier prohibición que exista sobre la revelación de los datos en los registros propios o de mis dependientes. Otorgo mi consentimiento expreso e inequívoco para que **Vivir Compañía de Seguros, S.A.** lleve a cabo el tratamiento de los datos personales propios y de mis dependientes, incluyendo los historiales clínicos y expedientes, así como también para que transfiera dichos datos a proveedores médicos y de asistencia, corredores de seguros, reaseguradores, call centers, abogados externos e investigadores de seguros, siempre y cuando sea estrictamente necesario para la emisión del contrato y la prestación de los servicios contratados.

Reconozco y acepto que **Vivir Compañía de Seguros, S.A.** podrá acceder, usar, compartir, manejar, tratar y custodiar legalmente mis datos, incluyendo pero sin limitarse a, fotos o imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, credenciales y/o cualquier otro documento para cumplir con el proceso de debida diligencia y las políticas de conozca a su cliente, prestar los servicios requeridos, realizar gestiones de cobros, desarrollar acciones comerciales por medio de correo electrónico, teléfono fijo o móvil, SMS o cualquier otro medio, generar métricas, estadísticas y reportes, enviar información y cumplir cualquier requerimiento del ente regulador y/o de cualquier otra entidad del Estado, en cumplimiento con la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y con su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de la República de Panamá.

Firma del solicitante

Firma y sello del contratante

Fecha

**Para uso de la compañía**

<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Declinado	Evaluador	Cargo	Fecha: Día ____ / Mes ____ / Año ____