

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE SEGURO DE SALUD Colectivos de Salud ACP

### DATOS PERSONALES (Favor completar la información requerida con letra imprenta)

Nombre Completo del Asegurado Principal			Cédula/ Pasaporte		
Fecha de Nacimiento (día-mes-año)		Nacionalidad		IP	
Peso (Libras)	Estatura	Estado Civil	Teléfono celular	Teléfono Oficina	
Dirección Residencial			Teléfono Residencia	Ocupación Actual	
Médico de Cabecera (el que usualmente consulta) y Especialidad				Plan de salud	
Nombre del cónyuge o compañero(a)			Fecha de nacimiento	Cédula del cónyuge	

### DEPENDIENTES CONYUGE E HIJOS QUE DESEA INCLUIR A PLAN DE SEGUROS DE SALUD, (Hijos de 21 a 24 años deben mostrar evidencia de ser estudiantes a tiempo completo).

Nombre Completo	Parentesco	Fecha Nacimiento	Peso	Estatura	Médico Cabecera / Especialidad

### CUESTIONARIO DE SALUD

Alguna vez Usted o algún dependiente nombrado ha tenido alguna(s) condición(es), signo(s) o síntomas(s) manifestados y/o evidentes que aun no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado de que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones:

	<i>Marque con una X su respuesta</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Padecimientos Cerebrovasculares incluyendo migraña, dolores de cabeza, embolia y otros			
2. Padecimientos del Cerebro o Sistema Nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia y otros			
3. Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, angina de pecho, colesterol o triglicéridos altos y otros			
4. Padecimientos de la vista o de los oídos			
5. Padecimientos del Sistema Respiratorio incluyendo asma, hiperactividad bronquial y otros			
6. Sistema Digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo gastroesofágico y otros			
7. Padecimientos del Sistema Urinario			
8. Padecimientos de los Órganos Reproductores Masculinos o Femeninos incluyendo endometriosis y otros			
9. Padecimientos Sanguíneos o Trastornos de la Coagulación			
10. Diabetes y/o hiperglicemia			
11. Padecimientos Tiroideos y/o de la Piel			
12. Padecimientos del Sistema Músculo Esquelético incluyendo artritis, osteoartritis, y otros			
13. Cualquier tipo de quistes, nódulos, tumores o cáncer			
14. Problemas alcohólicos o problemas de drogas			
15. Problemas de la columna vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago y otros			
16. A usted o a sus dependientes se le ha realizado algún examen especial, de laboratorio, ultrasonido, mamografía o laparoscopia?			
17. Ha estado usted o alguno de sus dependientes recluido en un hospital o institución similar?			
18. Esta usted o alguno de sus dependientes nombrados embarazada actualmente?			
19. Ha recibido usted o alguno de sus dependientes nombrados transfusiones de sangre?			
20. Practica usted o alguno de sus dependientes algún tipo de deporte profesional o amateur?			
21. Hay o ha habido alguna condición médica, signo, síntoma o accidente que no se haya mencionado en este cuestionario?			

Si ha respondido SI a cualquiera de las preguntas anteriores o ha padecido de algún trastorno de la salud no mencionado en esta solicitud, Favor especificar nombre del paciente, diagnóstico, cirugía o tratamiento y/o medicamentos, fecha, nombre del médico y hospital en donde se atendió:

#	Nombre	Diagnóstico	Tratamiento Recibido	Fecha	Médico u Hospital

Alguna vez alguna Compañía de Seguros le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes o de salud a usted o alguno de sus dependientes? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

Ha solicitado o recibido beneficios de hospitalización, incapacidad o algún otro tipo de beneficio medico de alguna compañía de seguros? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido usted alguno de los dependientes nombrados alguno de los siguientes seguros?

Tipo de Seguro	SI	NO	Nombre del Asegurado	Aseguradora	Número de Póliza
• Salud					
• Vida					
• Accidentes Personales					

### DESIGNACION DE BENEFICIARIOS (Aplica solo para el Beneficio de Vida)

Nombre completo del Beneficiario	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Cedula	Numero de Teléfono	Porcentaje %

\_\_\_ **Por parte iguales o a los sobrevivientes entre ellos:** Distribución por parte iguales a los beneficiarios vivos al momento del pago de reclamo, (de seleccionar esta opción de todas formas deben indicar en el cuadrante el Porcentaje % que corresponde a cada beneficiario).

\_\_\_ **Según distribución especial:** Distribución especial a las personas que sobrevivan como beneficiarios, indicar nombres y Porcentajes.

SI AL MOMENTO DE MI FALLECIMIENTO ALGUNO(S) DE LOS BENEFICIARIOS ES MENOR DE EDAD, LA PARTE QUE LE CORRESPONDA SERA ENTREGADA AL TUTOR \_\_\_\_\_ CON CEDULA N° \_\_\_\_\_ Y COMO CONTINGENTE A \_\_\_\_\_ CON CEDULA N° \_\_\_\_\_ QUIEN HA SIDO INSTRUIDO POR MI SOBRE LA FORMA EN QUE DEBERA PROCEDER CON LA (S) SUMA(S) QUE RECIBA DE LA ASEGURADORA, SIN QUE POR ESTO, SE CONSIDERE A DICHA PERSONA COMO BENEFICIARIA.

**Queda entendido y acordado que el presente seguro no se hará efectivo hasta que sea aprobado y emitido por Aseguradora Mundial, S.A.,** además ningún seguro será efectivo después de la fecha efectiva del Convenio de Afiliación de mi empleador. Si el plan de seguros es sobre la base de contribución, autorizo a mi empleador a deducirlo de mi salario mi parte de la prima .

#### Autorización para obtención de información

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley N°68 de 20 de noviembre de 2003 y de más normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que trascienda aún después de mi fallecimiento, mi libre intensión en autorizar a todo médico, hospital, clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de servicio de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país extranjero, que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, pre-diagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionadas a mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia autentica de mi Cuadrícula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a dar a Aseguradora Mundial, S. A. o a su representante autorizado esta información.

También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mí o mis dependientes a dar información a Aseguradora Mundial, S. A. o a su representante autorizado. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original.

Con esta manifestación de voluntad libre y espontánea, autorizo a los hospitales, médicos, laboratorios, clínicas o cualquiera otra similar, en donde haya sido atendido, a entregar Aseguradora Mundial o sus representantes, cualquier información que guarde relación con lo antes expuesto.

Por todo lo anterior relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia autentica de dicha información y documentación arriba descrita. El suministro de dicha información es esencial para que Aseguradora Mundial, S. A. pueda hacer un justa valoración de la solicitud del seguro y cualquier reclamación futura que se presente una vez emitida y entregada la póliza.

#### Certificación:

Certifico que las respuestas y declaraciones en toda esta solicitud son verdaderas, están completas y no existe ninguna omisión de información, error, inexactitud o reticencia de mi parte y de ser así, y de emitirse la póliza, acepto las penalidades que se establezcan en esta materia, en la póliza, como, lo es la negación del reclamo y la cancelación de la póliza emitida sin perjuicios para La Aseguradora.

<b>Firma del Colaborador:</b> AMSA 01-04-2010	<b>Fecha:</b>	<b>División:</b>
--	---------------	------------------