

**SOLICITUD DE SEGURO DE
HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS**

I. CONTRATANTE		POR FAVOR UTILICE LETRA DE MOLDE	
Nombre:		Apellido:	
(Nº de Cédula o Nº de Pasaporte o RUC)		Domicilio:	
Apartado:	Teléfono:	Tipo de Negocio:	
e-mail:	Fax:	Apartado Postal:	
Nombre de la persona a quien se le debe enviar la correspondencia:			

II. DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL									
Primer Nombre			Segundo Nombre			Primer Apellido		Segundo Apellido	
Cédula o pasaporte					Seguro Social				
Dirección Residencial:					Teléfono: Oficina:		Celular:		
Apartado:					Residencia:		Fax:		
Sexo					Fecha de Nacimiento		Edad	Estatura	Peso
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Ocupación	Nacionalidad	Estado Civil	Día	Mes	Año		
				<input type="checkbox"/> Soltero (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Unido (a)			
Nombre un Beneficiario:					Nº de cédula:				

III. COBERTURA				
Plan:	Tipo de Suscripción:	Prima Mensual	Forma de pago:	Modo de Pago:
<input type="checkbox"/> Global B/. 1,000,000	Asegurado Solo	B/.	<input type="checkbox"/> Descuento Bancario	<input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Panamá Plus B/.500,000	Asegurado y un (1) dependiente	B/.	<input type="checkbox"/> Descuento de Salario	<input type="checkbox"/> Semestral
<input type="checkbox"/> Panamá B/. 350,000	Asegurado y dos (2) o más dependientes	B/.	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	<input type="checkbox"/> Trimestral
<input type="checkbox"/> Salud Vital B/. 300,000	Sub-Total	B/.	<input type="checkbox"/> Voluntario (anual/semestral)	<input type="checkbox"/> Mensual
<input type="checkbox"/> Hosp. Plus B/. 175,000	5% de impuesto (Ley 1, 1986).	B/.	Prima Pagada B/. + Total: B/.	
<input type="checkbox"/> Complem. B/.1,000,000			<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque Nº:	
<input type="checkbox"/> Otro:	Recargo:	Total	ID. Doc. de Pago:	

IV. DATOS DE LOS DEPENDIENTES A SER INCLUIDOS EN LA PÓLIZA:									
Nombres y Apellidos		Fecha de Nacimiento			Edad	Estatura	Peso	Cédula	Nacionalidad
Cónyuge		Día	Mes	Año					
*Hijos		Día	Mes	Año	Edad	Estatura	Peso	Cédula	Nacionalidad
*Hijos dependientes mayores de 19 años deben ser estudiantes a tiempo completo. Adjunte el último recibo de matrícula.									

V. EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por condición, enfermedad o lesión pre-existente se entiende que es cualquier condición, enfermedad, lesión, síntoma, dolencia o alteración de la salud que se manifiesta o aparece por primera vez, o que se trata médicamente antes de la fecha de efectividad de la póliza. Las condiciones pre-existentes no declaradas en la solicitud no serán cubiertas en ningún momento.

VI. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, LAS CUALES APLICAN PARA USTED Y PARA CADA DEPENDIENTE A SER ASEGURADO. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, (CIRCULE) LA CONDICIÓN Y LLENE LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA EN LAS COLUMNAS QUE SIGUEN A CADA PREGUNTA ANOTANDO EL NOMBRE DE LA PERSONA(S) A QUIEN CORRESPONDA.

A. ¿Alguna vez en su vida ha tenido síntomas (aunque no los haya tratado), ha padecido, se le ha aconsejado sobre o se le ha informado que ha sufrido de, o ha recibido tratamiento o le han practicado cirugía por alguna de las siguientes condiciones?

	SÍ	NO	Médico u Hospital	Fecha	Describa
1. ¿Ha consultado a algún médico? ¿Por Qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. ¿Le han hecho algún examen médico o físico ¿Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. ¿Ha estado recluso en un hospital o institución similar? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. ¿Está o ha estado bajo algún tratamiento médico? ¿Toma algún medicamento? Indique cuál y por qué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. ¿Tiene pendiente alguna cirugía o le han indicado que debe hacerse una? Explique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Infecciones por contacto sexual: gonorrea, sífilis, clamidia u otra enfermedad venérea o cualquier enfermedad de los órganos generativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Enfermedad del corazón, de la circulación, angina de pecho, presión arterial alta o baja, defecto cardíaco, enfermedad en las venas o arterias, infarto del corazón, fiebre reumática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Diabetes, leucemia, hemofilia o trastorno coagulatorio de la sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Enfermedad de los riñones (nefritis o albúminas), problemas de la vejiga o próstata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Enfermedades del aparato digestivo, del hígado, bazo, de la vesícula biliar, páncreas, del estómago, de los intestinos, del recto, úlceras, hernias, colitis, ictericia, hemorroides, diarrea o vómito por más de dos días consecutivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. Enfermedades de los pulmones, del aparato respiratorio; tuberculosis, bronquitis crónica, o asma. ¿Se ha hecho alguna radiografía del tórax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. Enfermedades del sistema nervioso, epilepsia o desorden del cerebro, desmayos, convulsiones, parálisis, migraña, dolores de cabeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. Sufre o ha sufrido de alergias, intolerancia a medicamentos, alimentos o reacciones alérgicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

PARA USO DE LA COMPAÑÍA														
<input type="checkbox"/> APROBADO					<input type="checkbox"/> RECHAZADO									
Fecha de recibo		Día	Mes	Año	Fecha de Efectividad:		Día	Mes	Año	Fecha de Rechazo:		Día	Mes	Año
Recibo Nº:					Evaluador:									
PERSONA A QUIEN APLICA					CONDICIONES EXCLUIDAS					PERÍODO DE LA EXCLUSIÓN				

	SI	NO	Médico u Hospital	Fecha	Describe
14. Cualquier enfermedad de la tiroides, bocio, trastornos endocrinológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. Algún tipo de cáncer, absceso, tumor, anemia, leucemia, crecimiento o inflamación de los ganglios linfáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16. Alguna deformidad o defecto congénito, o pérdida del uso de un ojo o de un miembro del cuerpo. Problemas en los oídos o mala audición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Usa lentes ¿Por Qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. Eczema, dermatitis u otro trastorno de la piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Infecciones como malaria, difteria, escarlatina u otra(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20. Gota o desorden de los huesos, las coyunturas, la espalda o la columna vertebral, hernia discal, lumbago, osteoporosis, artritis, neuritis, reumatismo, túnel del carpo o esclerosis múltiple.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21. Otitis, sinusitis, desviación del tabique nasal, trauma nasal u otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
C. EN CASO DE SER MUJER CONTESTE A CONTINUACION (asegurado principal o dependiente):					
1. ¿Ha tenido o se le ha diagnosticado enfermedad o problema en los senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. ¿Ha tenido o se le ha diagnosticado enfermedad o problema en la matriz, ovarios, trompas de falopio o cervix?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. ¿Ha sufrido algún trastorno o enfermedad de cualquier parte del aparato reproductivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. ¿Ha sufrido alguna complicación durante un embarazo? o parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. ¿Se encuentra o piensa que esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. ¿Ha tenido embarazo de alto riesgo o complicaciones en el parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. ¿Ha recibido, recibe o piensa recibir algún tipo de tratamiento por infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. ¿Se ha efectuado alguno de los siguientes exámenes? Papanicolau, Ultrasonido, Mamografía, Alguna otra prueba ginecológica especial. ¿Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
VII. CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:					
1. Revise las preguntas contestadas en la partes V y VI e indique si, ha padecido, recibido o está recibiendo consejo o tratamiento médico u odontológico por alguna condición física o lesión no indicada en las preguntas anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Actualmente, se encuentra bien de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Indique si sufre de algún síntoma de mala salud que no ha sido diagnosticado aún.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
VIII. RESPONDA LAS PREGUNTAS (aplican para usted y para cada dependiente a ser asegurado):					
1. ¿Esta solicitud es para reemplazar alguna otra póliza de salud? ¿Indique el número y el nombre del asegurador? ¿Ha presentado reclamos en ella? (si la respuesta es afirmativa, presente el historial de reclamos con esta solicitud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. ¿Ha estado asegurado con póliza de salud en alguna otra ocasión? ¿Qué aseguradora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. ¿Tiene seguro de vida? Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la aseguradora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. ¿Alguna vez le han denegado, aplazado, o limitado un seguro de vida o de salud? Explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. ¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad, hospitalización o reembolso por gastos médicos de algún asegurador, de la Caja de Seguro Social, o de alguna otra fuente? Explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. ¿Practica alpinismo, automovilismo, motociclismo, buceo, paracaidismo u otra actividad peligrosa, o es piloto o miembro de la tripulación de una aeronave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. ¿Sufre de alcoholismo o usa drogas o tiene alguna otra adicción. Es usted fumador? ¿Desde cuándo? ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? ¿Ha fumado alguna vez? ¿Por qué tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. ¿Alguna vez le han practicado pruebas para diagnóstico del SIDA, por alguna enfermedad o condición relacionada con el SIDA (ARC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ¿Alguna vez le han practicado electrocardiogramas? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Alguna vez le han practicado análisis o pruebas de laboratorio? Explique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Ha donado o le han aplicado transfusiones de sangre o de sus derivados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Nombre y Apellido		Dirección		Teléfono(s)
Nombre del Médico de Cabecera					
Nombre del Ginecólogo					
Nombre del Pediatra					
Otro Médico					

Declaro bajo la seriedad del juramento, que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para la emisión o rehabilitación de este seguro. De igual forma, entiendo que cualquier información falsa, errónea o inexacta puede ser causal del rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, laboratorio, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra Institución Gubernamental o cualquier otro proveedor de cuidado de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupo que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización, a dar a Aseguradora Ancón, S.A. o su representante autorizado esta información, la cual puede incluir información sobre tratamiento psiquiátrico, tratamiento contra el uso de drogas narcóticas o de alcohol. También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mí o mis dependientes a dar tal información a Aseguradora Ancón, S.A. o a su representante autorizado. Por tal efecto, una fotocopia de esta solicitud será tan valida como su original.

Queda entendido y acordado que la cobertura de este seguro será efectiva en la fecha que así lo designe la Compañía, una vez haya evaluado el riesgo. La Compañía tiene el derecho a la prima cobrada desde la fecha de efectividad designada. **La Compañía no tramitará ninguna solicitud de seguros que no venga acompañada con el pago de la prima inicial.**

Firma del Asegurado Propuesto: _____ Fecha: _____
Firma del Contratante: _____ Fecha: _____
Firma y Nombre del Corredor: _____ Licencia N°.: _____