

I. CONTRATANTE					(Por favor utilice letra molde)				
1. Nombre			2. Apellido						
3. Tipo de Documento CIP <input type="radio"/> PASO <input type="radio"/> RUC <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		4. Número de Documento			5. Apartado				
6. Teléfono / Celular			7. e-mail		8. Fax				
10. Domicilio			11. Tipo de Negocio						
12. Nombre de la persona a quien se le debe enviar la correspondencia				13. Apartado Postal					

II. DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL							
14. Primer Nombre		15. Segundo Nombre		16. Primer Apellido		17. Segundo Apellido	
18. Tipo de Documento CIP <input type="radio"/> PASO <input type="radio"/> RUC <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		19. Número de Documento			20. Número Seguro Social		
21. Teléfono / Celular		22. e-mail			23. Fax		
24. Dirección Residencial		25. Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		26. Ocupación		27. Nacionalidad	
28. Fecha de Nacimiento DIA MES AÑO		Edad		30. Estado Civil Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Unido(a) <input type="radio"/>		31. Peso	32. Estatura

III. COBERTURA				
Plan	Tipo de Suscripción	Prima Mensual	Forma de Pago	Modo de Pago
Global <input type="radio"/>	Asegurado Principal	B/.	Descuento Bancario <input type="radio"/>	Anual <input type="radio"/>
Panamá plus <input type="radio"/>	Cónyuge	B/.	Descuento de Salario <input type="radio"/>	Semestral <input type="radio"/>
Hospitalización Plus <input type="radio"/>	No. Hijos: y Otros	B/.	Tarjeta de Crédito <input type="radio"/>	Trimestral <input type="radio"/>
Complementario <input type="radio"/>	Impuesto (Ley 1, 1986)	B/.	Voluntario (Anual) <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>
Otro <input type="radio"/>	Recargo _____ TOTAL	B/.	Prima Pagada B/. _____ + _____ EFFECTIVO <input type="radio"/> CHEQUE <input type="radio"/> No. _____	Total: B/. _____ Recibo _____

IV. DATOS DE LOS DEPENDIENTES A SER INCLUIDOS EN LA POLIZA								
Nombres y Apellidos	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Peso	Estatura	Parentesco	Nacionalidad

V. EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por condición, enfermedad o condición 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 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 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 sufre de, o ha recibido tratamiento o le han practicado cirugía por alguna de las siguientes condiciones?

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

PARA USO DE LA COMPAÑÍA								
APROBADO <input type="radio"/>			RECHAZADO <input type="radio"/>			Evaluador:		
Fecha de Recibo DIA MES AÑO		No. Recibo		Fecha de Efectividad DIA MES AÑO			Fecha de Rechazo DIA MES AÑO	
PERSONA A QUIEN APLICA				CONDICIONES EXCLUIDAS			PERIODO DE LA EXCLUSION	

	SI	NO	Fecha	DESCRIBA
14. Cualquier enfermedad de la tiroides, bocio, trastornos endocrinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
15. Algún tipo de cáncer, absceso, tumor, lunar, anemia, leucemia, crecimiento o inflamación de los ganglios linfáticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
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="radio"/>	<input type="radio"/>		
17. Usa lentes? Por qué?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
18. Eczema, dermatitis u otro trastorno de la piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
19. Infecciones como malaria, difteria, escarlatina u otra(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
20. Gota o desorden de los huesos, las articulaciones, la espalda o la columna vertebral, hernia discal, lumbago, osteoporosis, artritis, neuritis, reumatismo, tunel del carpo o esclerosis múltiple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
21. Otitis, Sinusitis, desviación del tabique nasal, trauma nasal u otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B. EN CASO DE SER MUJER, RESPONDA A CONTINUACIÓN

1. Ha tenido o se le ha diagnosticado enfermedad, nódulos o problemas en los senos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. Ha tenido o se le ha diagnosticado enfermedad o problemas en la matriz, ovarios, trompas de falopio o cervix?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Ha sufrido algún síntoma, trastorno o enfermedad de cualquier parte del aparato reproductivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4. Ha sufrido alguna complicación durante un embarazo o parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5. Se encuentra o piensa estar embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. Ha tenido embarazo de alto riesgo o complicaciones en el parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7. Ha recibido, recibe o piensa recibir algún tipo de tratamiento por infertilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8. Se ha efectuado alguno de los siguientes exámenes: Papanicolau, ultrasonido, mamografía, alguna otra prueba ginecológica especial? Ha recibido tratamiento por Virus de Papiloma Humano? Por qué?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

VII. CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. Revise las preguntas contestadas en la sección 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="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. Actualmente se encuentra en buen estado de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Indique si sufre de algún síntoma de mala salud que no ha sido diagnosticado aún	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

VIII. CONTESTE LAS SIGUIENTES 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? (presente el historial de reclamos con ésta solicitud y los beneficios de la póliza a reemplazar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. Ha estado asegurado con póliza de salud en alguna otra ocasión? Cuál Aseguradora? La tiene actualmente o piensa conservarla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Tiene Seguro de vida? Con cuál Aseguradora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4. Alguna vez le han denegado, aplazado o limitado un seguro de vida o de salud? Explique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
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="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. Practica algún deporte o actividad extrema, en forma regular o a nivel profesional? Es piloto o miembro de la tripulación de una aeronave? Explique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7. Sufre de alcoholismo, usa drogas o tiene alguna otra adicción? Es usted fumador? Desde cuándo? Cuántos cigarrillos fuma al día? Ha fumado alguna vez? Por cuánto tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8. Alguna vez le han practicado pruebas para el diagnóstico del SIDA, por alguna enfermedad o condición relacionada con el SIDA (ARC)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9. Alguna vez le han practicado electrocardiogramas? Por qué?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10. Le han practicado análisis o pruebas de laboratorio? Por qué?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
11. Ha recibido transfusiones de sangre o sus derivados? Por qué?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

	Nombre y Apellido	Dirección	Teléfono
Nombre del médico de cabecera			
Nombre del Ginecólogo			
Nombre del Pediatra			
Otro			

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 válida 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.**

Acepto las exclusiones que se deriven de las enfermedades pre-existentes declaradas en ésta solicitud _____

FIRMA DEL ASEGURADO PROPUESTO	_____	FECHA	_____
FIRMA DEL CONTRATANTE	_____	FECHA	_____
FIRMA Y NOMBRE DEL CORREDOR	_____	LICENCIA No.	_____