



SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN SANTA FE

I. CONTRATANTE (LLENAR SOLO SI SE TRATA DE PERSONA DISTINTA AL SOLICITANTE)

DIRECCION _____ CEDULA: _____

RELACION CON EL SOLICITANTE _____ TELEFONO: _____

II. SOLICITANTE. NOMBRE: (Apellido paterno, materno, nombre (s):

Apellidos: _____ Nombres: _____

Identificación: _____ No. de S.S. _____ Estado Civil: _____ F M

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Dirección residencial: _____

No. de teléfono: _____ No. de celular: _____ Email: _____

Nacionalidad: _____ Ocupación: _____

POR SU OCUPACION O ESTILO DE VIDA ESTA EXPUESTO A EXPLOSIVOS, USO DE ARMAS DE FUEGO, SUSTANCIAS QUIMICAS PELIGROSAS, RADIACIONES, RIESGOS POR ALTURA, MATERIAL BIOLÓGICO DE RIESGO. SI NO

III. DATOS DEL PLAN:

PLAN MEDICO SANTA FE PLAN TERCERA EDAD

PRIMA MENSUAL: _____ FORMA DE PAGO: _____

INICIO DE VIGENCIA: _____

III. DEPENDIENTES:

NOMBRE	No de cédula	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Edad	Estatura	Peso
			Día	Mes	Año			

Propuesto Asegurado, Firma y C.I. _____ Cédula _____

Firma del Contratante _____

Panamá, ____ de ____ de ____.



SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN SANTA FE SOLICITUD DE SEGURO



CUESTIONARIO DE SALUD

Todas las preguntas deberán ser contestadas por cada persona a ser cubierta	Solicitante		Cónyuge		Hijos	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿Está usted actualmente en buena salud y libre de todo síntoma de enfermedad alguna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido tratamiento en alguna organización para alcoholismo o adicción a drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha fumado en los últimos 12 meses? (Indique el consumo diario).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Participa en algún deporte peligroso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene algún impedimento físico? (Visión, audición, deformidad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez ha(n) sido Diagnosticado(s) o Tratado(s) por:						
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6. ¿Ha tomado alguna medicina o droga durante los últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Epilepsia, crisis nerviosa o cualquier desorden del cerebro o sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alta presión, mareos, fatiga, dolor o presión en el pecho o cualquier desorden cardiovascular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alergias o Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Úlceras, colitis o algún desorden estomacal, intestinos, recto, vesícula, hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Hemorroides o pólipos en el recto o cualquier padecimiento de la próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Padecimiento renal, el sistema urinario u órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Diabetes, gota o cualquier padecimiento de la tiroides o alguna otra glándula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Cualquier desorden de los ojos, piel, músculos, huesos o coyunturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Cáncer, tumor, quiste o alguna de las siguientes Enfermedades Catástroficas: Distrófia Muscular, Poliomiélitis, Esclerosis Múltiple?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Tratamiento de Infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Cualquier desorden o lesión en la espina dorsal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Artritis, reumatismo o hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha sido operado o le han sugerido una operación quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha consultado un psiquiatra o psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARA MUJERES SOLAMENTE						
22. ¿Esta embarazada? (Indique el número de semanas _____).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ha tenido o padece de algún tumor o enfermedad en los pechos, matriz, ovarios y/o hemorragias vaginales, abortos (natural o inducidos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Se le ha recomendado o esta actualmente bajo tratamiento, por problemas ginecológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**En el espacio que sigue favor incluir detalles de las respuestas afirmativas a las preguntas 2-24
(USAR PAPEL ADICIONAL SI ES NECESARIO)**

No. Pregunta	Nombre de la Persona	Enfermedad o Accidente	Fecha de inicio de Tratamiento	Nombre del Médico y/o Hospital

Yo, el abajo firmante declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no he omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes médicos y convengo en que las respuestas anteriores forman parte de la solicitud de Seguros, y que si en base a las mismas se emitiere cobertura, ésta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas. También acepto que en caso de que hubiere respuestas afirmativas, la Compañía se reserva el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad, de acuerdo con sus normas de selección así como de emitir o no, la cobertura correspondiente que estará sujeto a aceptación expresa de la compañía.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, yo el abajo firmante, autorizo por este medio, aún en caso de mi muerte, a la Caja de Seguro Social, o a cualquier Clínica, Hospital, Médico, para medico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a Hospital Santa Fe, información sobre mi salud, antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud. Esta AUTORIZACIÓN está de acuerdo con la ley No. 68 del 20 de Noviembre del 2003, promulgada en la Gaceta Oficial No. 24.935.

Fecha: _____

Día / Mes / Año

SOLICITANTE