

SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN SANTA FE

I. CONTRATANTE (LLENAR SOLO SI SE TRATA DE PERSONA DISTINTA AL SOLICITANTE)									
						CEDULA:			
DIRECCIÓN						TELEFONO:			
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE									
II.SOLICITANTE: NOMBRE: (Apellido paterno, materno, nombre (s):									
Apellidos:				Nombres:					
Identificación:		No. de S.S.		Estado Civil		F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento:			Lugar de Nacimiento:						
Edad:		Peso:			Estatura:				
Dirección residencial:									
No. de teléfono:			No. de celular:			Email:			
Nacionalidad:				Ocupación:					
POR SU OCUPACIÓN 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
III.DATOS DEL PLAN:									
PLAN MEDICO SANTA FE <input type="checkbox"/>				PLAN TERCERA EDAD <input type="checkbox"/>					
PRIMA MENSUAL:				FORMA DE PAGO:					
INICIO DE VIGENCIA:									
III.DEPENDIENTES:									
NOMBRE	No. de cédula	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Edad	Estatura	Peso	
			Día	Mes	Año				
<hr style="width: 100%;"/> Propuesto Asegurado, Firma y C.I.				<hr style="width: 100%;"/> Cédula					
<hr style="width: 100%;"/> Firma del Contratante									
Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá									

**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:					Solicitante		Cónyuge		Hijos	
					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, Poliomielititis, 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 (naturales 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 Seguro, y que si en base a las mismas se emitiere cobertura, ésta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud falsedad en las declaraciones anteriores 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 Seguro Social, o a cualquier Clínica, Hospital, Médico, para medico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a Hospital Santa Fe y Acerta Compañía de Seguros, S.A., 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

Día / Mes / Año

SOLICITANTE