

**SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS Y VIDA**  
**COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS**  
COMPLETAR CON PLUMA Y LETRA MOLDE. NO UTILIZAR LÍQUIDO CORRECTOR NI TACHONES  
PÓLIZA SALUD NO. \_\_\_\_\_ PÓLIZA VIDA NO. \_\_\_\_\_ CERTIFICADO NO. \_\_\_\_\_

**I. PARTE**

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL							
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO DE CASADA			
CÉDULA O PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO		CORREO ELECTRÓNICO				
	APARTADO POSTAL						
DIRECCIÓN RESIDENCIAL COMPLETA:					TEL. RESIDENCIAL		
EMPLEADOR		DIRECCIÓN DE TRABAJO			CELULAR		
					OFICINA		
OCUPACIÓN	SALARIO MENSUAL	FECHA DE EMPLEO	ESTADO CIVIL		GÉNERO		ESTATURA (mts.)
			S	C	D	V	M
TIENE OTRA PÓLIZA DE SALUD O VIDA? SÍ ____ NO ____		CIA. DE SEGUROS.		ASEGURADO:			PÓLIZA

INFORMACIÓN DE ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S) A SER INCLUIDOS CON COBERTURA DE SALUD									
NOMBRES / APELLIDOS	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	PAIS DE NACIMIENTO	ESTATURA (mts.)	PESO (lbs.)	NÚMERO DE CÉDULA
		DIA	MES	AÑO					
CÓNYUGE									
HUO(s)									

Complete "CUESTIONARIO DE SALUD" al dorso.

COBERTURA COLECTIVO VIDA (SOLO SI APLICA)		SUMA ASEGURADA: \$	
Beneficiario	Parentesco	Cédula No.	%
Beneficiario	Parentesco	Cédula No.	%
Beneficiario	Parentesco	Cédula No.	%
Beneficiario	Parentesco	Cédula No.	%

Si uno de los beneficiarios principales no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro u otros beneficiarios principales en partes iguales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara, si fuera el caso.

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza será pagado a \_\_\_\_\_ con CIP No. \_\_\_\_\_, o en defecto a \_\_\_\_\_ con CIP No. \_\_\_\_\_, a quienes he instruido sobre la forma en que se deberá(n) disponer los dineros que reciba(n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse a esta(s) persona(s) como supervisor la administración o el uso que la(s) persona(s) arriba señala(s) de(n) a la indemnización producto del presente seguro. Cualquier cambio de beneficiario será efectivo y oponible a la Compañía única y exclusivamente cuando hubiese sido notificado por escrito a esta última y registrado en los archivos de la Compañía. La Compañía no será responsable por pagos efectuados o acciones tomadas con anterioridad a la fecha en que se haga efectivo el cambio de beneficiario.

AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES (DATOS DEL BANCO)	
Nombre de la cuenta: .....	Banco: .....
No. de la cuenta: .....	Tipo de cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Firma: .....	Cédula: .....
Correo electrónico: .....	

(Importante para que reciba la Hoja de Liquidación de los reclamos presentados, objeto del pago efectuado a su cuenta)

**II. PARTE**

**CUESTIONARIO PARA COBERTURA DE SALUD SOLAMENTE**

PROVEA EXPLICACIÓN COMPLETA DE CUALQUIER CONDICIÓN ABAJO INDICADA. SI ES NECESARIO ADJUNTE HOJAS ADICIONALES. SÓLO CONTESTAR SÍ o NO.	PRINCIPAL		CÓNYUGE		HIJOS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Es Ud. miembro de cualquier fuerza militar o en los últimos años ha practicado o piensa practicar alguna forma de aviación privada o actividad peligrosa?						
2. Alguna vez, su Seguro de Vida, Accidentes o Enfermedades ha sido rechazado, cancelado, recargado, modificado o negada su rehabilitación?						
<b>ALGUNA VEZ HA SIDO DIAGNOSTICADO O TRATADO POR:</b>						
3. Alteraciones del estómago, intestino, recto, hemorroides, hernia, hígado, páncreas, colitis, úlcera o vesícula?						
4. Artritis, artritis deformativa, reumatismo, gota, várices o padecimientos de la espina dorsal, lumbalgia o ciática?						
5. Bocio, alteraciones de la tiroides, inflamación de nódulos linfáticos, diabetes, sangre o azúcar en la orina?						
6. Cálculo o alteración en los riñones o vejiga, frecuencia urinaria o ardor o cualquier padecimiento renal del sistema urinario?						
7. Cáncer, quistes o tumores, u otro tipo de afección catastrófica: distrofia muscular, poliomelítis, esclerosis múltiple, rabia, escarlatina, malaria, tuberculosis, difteria, meningitis, tétano, viruela o encefalitis?						
8. Cataratas, glaucoma, plerigión, chalazión, ceguera parcial o total y/o cualquier otra alteración de los ojos?						
9. Epilepsia, enfermedades mentales o nerviosas, neuralgias, alteración del hígado, mareos, desmayos?						
10. Patología cardíaca (infarto, angina de pecho, arritmia, etc.), alteraciones de la presión arterial, anemia, sistema circulatorio o fiebre reumática?						
11. Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida (SIDA) o complicación relacionada al SIDA (CRS) o prueba positiva de sangre que indica que hay anticuerpos del virus del SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida)?						
12. Tuberculosis, enfermedades pulmonares, rinitis, asma o bronquitis, flebitis, enfisema u otra afección respiratoria?						
13. Cualquier desorden de la piel, músculos, huesos o coyunturas, articulaciones, lupus eritematoso?						
14. Alteraciones o desorden de los oídos, incluyendo otitis media?						
15. Problemas en la sangre, anemia falciforme, hemorragias?						
16. Tratamiento por infertilidad, aborto natural o inducido?						
17. Trastornos menstruales o de los senos, ovarios, útero, trompas de Falopio, cervix, vagina, órganos reproductivos y otro(s)?						
18. Desórdenes del pene, testículos, próstata, peyronie, varicocele, circuncisión, órganos reproductivos u otro(s)?						
19. Enfermedades transmitidas sexualmente, gonorrea, sífilis, clamidia u otra(s) de transmisión sexual?						
20. Fuma actualmente o toma drogas adictivas? Desde cuándo? Cantidad diaria _____						
21. Está Ud. Embarazada? Meses: _____ Fecha probable de parto: _____						
<b>EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS HA :</b>						
22. Consultado, sido examinado o tratado por algún médico?						
23. Realizado exámen de Rayos X, electrocardiograma, exámenes de rutina, prueba de laboratorio u otro estudio? Favor indicar los RESULTADOS.						
24. Sido internado o tratado en una clínica, hospital o sanatorio?						
25. Tenido o sugerido una cirugía?						
26. Recibido tratamiento por alguna enfermedad, condición o padecimiento no indicado en este cuestionario?						
<b>En el espacio que sigue favor de incluir detalles de las respuestas afirmativas de las preguntas 1-26. (Usar papel adicional si es necesario).</b>						
No.	Nombre de la persona	Enfermedad o diagnóstico	Fecha	Tratamiento	Fecha de recuperación	Nombre del Médico o institución médica

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Ginecólogo/Urólogo/Pediatra: \_\_\_\_\_  
 Convento que las respuestas anteriores forman parte de mí solicitud, la cual consta de la I y II parte conjuntamente. El Propuesto Asegurado suscrito ratifica ser exactos y sinceras las respuestas antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado no ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida, pudiendo ser causal de nulidad del contrato de seguro cualquier inexactitud u omisión contenidas en las mismas. El abajo firmante renuncia, exonera y releva expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que le hubiese reconocido, atendido o asistido en dolencias o enfermedades. Así mismo autorizo a los médicos, clínicas y hospitales o a cualquier miembro de su personal profesional, así como a cualquier médico, entidad gubernamental de salud, compañía de seguros, enfermera o profesional de la salud que me hubiese prestado sus servicios o tenga información sobre mi historial médico, sea en la República de Panamá o en el extranjero para que suministre a Assicurazioni Generali, S.p.A. todos los datos y antecedentes patológicos o información contenida en análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales referentes a mi salud, incluyendo copias fotostáticas de los mismos, para lo cual los releva de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dichos informes y/o copias fotostáticas en el pasado, presente o futuro. Consiento por este medio para que Assicurazioni Generali, S.p.A. pueda proporcionar la información de mí solicitud a otras personas o entidades para uso de índole técnico, estadístico, de seguro y reaseguros que se necesite.

**IMPORTANTE: FAVOR VERIFICAR TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTA SOLICITUD YA QUE SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS AL PATRONO PARA REQUERIR LA INFORMACIÓN NECESARIA. ESTO CAUSARÁ UN ATRASO EN EL PROCESO DE SUSCRIPCIÓN.**

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL	FECHA	FIRMA DEL PATRONO
---------------------------	-------	-------------------

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

FECHA RECIBIDO:	APROBADO / RECHAZADO POR:	FECHA:
OBSERVACIONES:		