

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS Y VIDA

Favor completar todos los espacios con bolígrafo y en letra molde. No se aceptarán solicitudes con tachones o líquido corrector

Tipo de Movimiento:
Nuevo: ☐
Inclusión Dependientes: ☐

Póliza de Vida N°: Póliza de Salud N°: Certificado N°:

Datos para ser completados por el Asegurado Principal

Datos para ser completados por el Patrono

Nombres:

1er Nombre2do Nombre

Apellidos:

1er Apellido2do Apellido de Casada

Cédula/Pasaporte: Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de Nacimiento:

/

/

DíaMesAñoPaís de Nacimiento

Estado Civil: Soltero☐ Casado☐ Viudo☐ Divorciado☐

Dirección Residencial:

País/Prov.

Urb.

Calle

Apto/casa

Teléfono Res: Celular:

Correo electrónico:

Estatura: Mts.: Peso: Lbs. :

¿Tiene otra póliza de Salud o Vida? Sí ☐ No ☐ Asegurado:

Compañía de Seguros: N° de Póliza:

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEP³? ☐No ☐Sí

Empleador:

Filial: Clase:

Dirección laboral:

País/Prov.

Urb.

Calle

Edif/Ofi/Local

Teléfono Oficina: Ocupación:

Fecha de Empleo:

/

/

DíaMesAño

Salario Mensual:

INFORMACIÓN DE ASEGURADO (S) DEPENDIENTE (S) A SER INCLUIDOS CON COBERTURA DE SALUD

Nombres/Apellidos	Sexo		Fecha de Nacimiento			Edad	País de Nacimiento	Estatura (Mts)	Peso (Lbs)	Cédula/Pasaporte
			Día	Mes	Año					
Cónyuge										
	M ☐	F ☐								
Hijo (s)										
	M ☐	F ☐								
	M ☐	F ☐								
	M ☐	F ☐								

¿Alguno de los dependientes es una Persona Expuesta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEP³?
☐No ☐Sí, Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre .

COBERTURA COLECTIVO DE VIDA (Sólo si aplica)

SUMA ASEGURADA: \$

Beneficiario (s) Principal (es)	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

Beneficiario (s) Contingente (s)	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

¿Alguno de los beneficiarios **PRINCIPALES** o **CONTINGENTES** es una Persona Expuesta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEP³?
☐No ☐Sí, Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre .

Si uno de los beneficiarios principales no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro y 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 cédula de identidad personal No. , o en su defecto a con cédula de identidad personal No. a quien (es) he instruido sobre la forma en que deberá (n) disponer de los dineros que reciba (n) de ASSA Compañía de Seguros, S.A., en adelante La Compañía,, sin que por esta razón deba considerarse a esta (s) persona (s) como beneficiario (s) de este seguro. Entiendo y acepto que la Compañía no asume responsabilidad alguna, ni tiene la obligación de fiscalizar y/o supervisar la administración o el uso que la (s) persona (s) arriba señalada (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 ésta última y registrada 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.

¹ Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como (pero sin limitarse), los jefes de Estados o de un gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas; personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones importantes por una organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la junta directiva o funciones equivalentes. Será considerado PEP hasta por un período de dos (2) años posterior al cese de las funciones del cargo.

² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuestas Políticamente.

³ Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.

AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES (DATOS DEL BANCO)				
Nombre de la cuenta:		Banco:		
N° de la cuenta:		Tipo de cuenta:	Ahorros ☐	Corriente ☐
Firma:		Cédula:		
Correo electrónico:				

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

CUESTIONARIO DE SALUD						
PROVEA EXPLICACIÓN COMPLETA DE CUALQUIER CONDICIÓN ABAJO INDICADA. SI ES NECESARIO ADJUNTE HOJAS ADICIONALES. SÓLO CONTESTAR SÍ o NO.	Principal		Cónyuge		Hijos	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿Es usted 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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ALGUNA VEZ HA SIDO DIAGNOSTICADO O TRATADO POR:						
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, poliometilitis, esclerosis múltiple, rabia, escarlatina, malaria, tuberculosis, difteria, meningitis, tétano, viruela o encefalitis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Cataratas, glaucoma, pterigión, 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, cérvix, 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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ¿Está Ud. Embarazada? Meses:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fecha probable de parto:						
EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS HA:						
22. ¿Consultado, sido examinado o tratado por algún médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. ¿Realizado examen 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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
En el espacio que sigue favor incluir detalles de las respuestas afirmativas de las preguntas 1-26 (Usar papel adicional si es necesario)						
N°	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 exactas 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 La Compañía 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 la Compañía aseguradora pueda proporcionar la información de mi solicitud a otras personas o entidades para uso de índole técnico, estadístico, de seguro y reaseguros que se necesite.

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

Firma Asegurado Principal	Día	Mes	Año	Firma del Contratante
		Fecha		

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					
☐ Aprobado	☐ Rechazado				
Firma de quien aprueba/rechaza		Día	Mes	Año	Día
		Fecha de aprobación/rechazo		Mes	Año
				Fecha Efectiva	
Observaciones:					