

FECHA DE SOLICITUD:

**I. DATOS DE LA SOLICITUD**

 TIPO DE TRÁMITE: EMISIÓN  RENOVACIÓN  ENDOSO: INCLUSIÓN  EXCLUSIÓN  VIGENCIA DE LA PÓLIZA: DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_ N° DE PÓLIZA:  INDIVIDUAL  COLECTIVA

PLAN	VALOR DE SUMA ASEGURADA SOLICITADA	PLAN	VALOR DE SUMA ASEGURADA SOLICITADA
25K	<input type="checkbox"/> B/ 25,000	200K	<input type="checkbox"/> B/ 200,000
100K	<input type="checkbox"/> B/ 100,000	300K	<input type="checkbox"/> B/ 300,000

**SÓLO PARA REGISTRAR EN CASO DE QUE LA PÓLIZA SEA "COLECTIVA"**

VALOR DE SUMA ASEGURADA:

PLAN:

**II. DATOS DEL ASEGURADO "EN CASO DE SER EXTRAJERO, SE DEBE REGISTRAR SÓLO EL NÚMERO DE PASAPORTE"**

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE PASAPORTE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

 NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE RUC: \_\_\_\_\_ GÉNERO: M  F 

 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL:  SOLTERO  CASADO  DIVORCIADO  VIUDO LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:**

 PAÍS: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_ CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 CASA  APTO  N° DE PISO  N° DE LOCAL TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 EDIFICIO  OFICINA

**DESCRIBA LA DIRECCIÓN:**
**DIRECCIÓN DE OFICINA:**

 PAÍS: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_ CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 CASA  APTO  N° DE PISO  N° DE LOCAL TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 EDIFICIO  OFICINA

**DESCRIBA LA DIRECCIÓN:**

CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL): \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL): \_\_\_\_\_

**III. DATOS DEL CONTRATANTE "EN CASO DE SER EXTRAJERO, SE DEBE REGISTRAR SÓLO EL NÚMERO DE PASAPORTE"**
**SELECCIONE SI LOS DATOS DEL ASEGURADO SON IGUAL A LA DEL CONTRATANTE: Sí  o No  "EN CASO DE SER AFIRMATIVO NO COMPLETE ÉSTA SECCIÓN"**

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE PASAPORTE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

 NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE RUC: \_\_\_\_\_ GÉNERO: M  F 

 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL:  SOLTERO  CASADO  DIVORCIADO  VIUDO LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:**

 PROVINCIA: \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_ CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 CASA  APTO  N° DE PISO  N° DE LOCAL TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 EDIFICIO  OFICINA

**DESCRIBA LA DIRECCIÓN:**
**DIRECCIÓN DE OFICINA:**

PAÍS: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_ CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> N° DE PISO	TELÉFONO:	CELULAR:
<input type="checkbox"/> EDIFICIO	<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL		

**DESCRIBA LA DIRECCIÓN:**

CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL):

CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL):

**IV. FORMAS DE PAGO**

<input type="checkbox"/> DESCUENTO DE TARJETA DE CRÉDITO	<input type="checkbox"/> DESCUENTO DE ACH
<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA BANCA EN LÍNEA Y EFECTIVO (SEMESTRAL Y ANUAL)	<input type="checkbox"/> DESCUENTO EN PLANILLA

**FRECUENCIA:**  MENSUAL  TRIMESTRAL  SEMESTRAL  ANUAL **INDIQUE CANTIDAD DE CUOTAS:**
**V. TITULAR Y DEPENDIENTES QUE SE INCLUIRÁN EN EL SEGURO**

	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	F. DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	SEXO	ESTATURA (CM)	PESO (LB)	PARENTESCO	MÉDICO TRATANTE
T				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
1				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
2				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
3				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
4				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
5				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				

**POSEE USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES OTRA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD** Sí  No  FAVOR INDICAR:

	NOMBRE Y APELLIDO	VIGENCIA (DESDE / HASTA)	SUMA ASEGURADA	COMPAÑÍA DE SEGUROS
T				
1				
2				
3				
4				
5				

**COMPLETE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN DE SALUD**

 CONTESTE CON SELECCIONAR  EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS HA SIDO CONTESTADA DE FORMA AFIRMATIVA (SI), SÍRVASE DAR DETALLE CON RESPECTO A FECHA, DIAGNÓSTICO, NOMBRE DEL MÉDICO.

ANTECEDENTES PERSONALES			TITULAR	1	2	3	4	5
1	CÁNCER, QUISTES ALGÚN TUMOR?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	DERRAME, ISQUEMIA CEREBRAL, ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	DOLOR DE CABEZA, MIGRAÑA?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	EPILEPSIA, CONVULSIONES, ALGUNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA NEUROLÓGICO?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ANSIEDAD, DEPRESIÓN, TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	ALTERACIÓN, AFECCIÓN DE LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ALTERACIONES DE LA TIROIDES: BOCIO, HIPOTIROIDISMO, HIPERTIROIDISMO, INFLAMACIÓN DE LA TIROIDES, NÓDULOS?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL NOMBRE DE LA PERSONA ACCIDENTADA Y LOS DETALLES DEL MISMO:	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	SE LE HA DETECTADO EL AZÚCAR ALTA, SE LE HA ENCONTRADO ALGUNA VEZ AZÚCAR EN LA ORINA Y/O DIAGNOSTICADO DIABETES?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	TRASTORNOS HORMONALES?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	ENFERMEDADES DE LA PIEL?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	ASMA, ENFERMEDAD PULMONAR U OTRA ENFERMEDAD RESPIRATORIA?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	ALGUNA ENFERMEDAD DEL CORAZÓN?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	SE LE HA ENCONTRADO ALGUNA VEZ LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA O TIENE TRATAMIENTO?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	ALTERACIÓN DEL SISTEMA DIGESTIVO: ESÓFAGO, ESTÓMAGO, INTESTINO DELGADO/GRUESO, HÍGADO, VESÍCULA, PÁNCREAS U OTROS?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	ALTERACIÓN O AFECCIÓN DE LOS RIÑONES, URÉTERES, VEJIGA, INFECCIÓN URINARIA, ORINA CON SANGRE U OTROS?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	ENFERMEDAD DE LAS ARTICULACIONES (ARTRITIS, REUMATISMO, GOTA, ETC.)	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	HA PADECIDO DE LA COLUMNA VERTEBRAL, DISCOS, RIGIDULOPATIAS, LESIONES EN LOS HUESOS (OSTEOPOROSIS, OSTEOPENIA)?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	HA SIDO INTERVENIDO POR CIRUGÍA ESTÉTICA?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	ALGUNA ENFERMEDAD DE LA SANGRE?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	HA TENIDO LA PRUEBA DE VIRUS DEL SIDA POSITIVA?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS, TOXOPLASMOSIS, MENINGITIS, HERPES, ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL, HEPATITIS, DENGUE? ESPECIFIQUE:	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	ALGUNA ENFERMEDAD O MALFORMACIÓN O LESIÓN CONGÉNITA? ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	ALGUNA VEZ HA USADO ALGUNA DROGA COMO: MARIHUANA, COCAÍNA, ANFETAMINAS U OTROS SIMILARES? ESPECIFIQUE:	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? DETALLE, CLASE Y FRECUENCIA? ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? ESPECIFIQUE:	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	HA TENIDO O TIENE PREVISTO ALGUNA OPERACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? ESPECIFIQUE:	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	HA TENIDO ALGUNA ALTERACIÓN DE SALUD, HA CONSULTADO A UN MÉDICO PARA TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO DE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD O CONDICIÓN NO MENCIONADA ANTERIORMENTE? ESPECIFIQUE:	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	HA FUMADO CIGARRILLOS ALGUNA VEZ? EN CASO AFIRMATIVO, FECHA DEL ÚLTIMO CIGARRILLO CUÁNTOS AL DÍA	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	HA USADO CUALQUIER OTRO PRODUCTO QUE CONTENGAN NICOTINA EN LOS ÚLTIMOS DOCE (12) MESES? EN CASO AFIRMATIVO, CUÁL CIGARRILLO FUMA? CADA CUANTO FUMA? CUÁNTOS AL DÍA	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FEMENINO:					
NOMBRE DEL MÉDICO:		DIRECCIÓN:		TELF. OFICINA:	
				CELULAR:	
1	ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EMBARAZADA?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	MESES:	FECHA PROBABLE DE PARTO:	
2	HA TENIDO ABORTOS, DOLOR PÉLVICO, ENDOMETRIOSIS, MENOPAUSIA, HEMORRAGIAS VAGINALES, FIBROMAS	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:		
3	RECIBE O HA RECIBIDO TRATAMIENTOS POR INFERTILIDAD, O PADECE IRREGULARIDADES MENSTRUALES?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:		
4	PADECE DE ALGUNA ALTERACIÓN DE LAS MAMAS?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:		

MASCULINO:					
NOMBRE DEL MÉDICO:		DIRECCIÓN:		TEL. OFICINA:	
				CELULAR:	
1	HA TENIDO O TIENE ALTERACIÓN DE LA PRÓSTATA, DESORDENES EN LOS ÓRGANOS REPRODUCTIVOS?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:		
2	HA TENIDO O TIENE VARICOCELE, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) ELEVADO?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:		

**NOTA IMPORTANTE: EN CASO QUE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS HAYAN SIDO AFIRMATIVAS, ADJUNTAR LA CUADRÍCULA MÉDICA COMPLETA QUE INCLUYA INFORME MÉDICO, RESULTADOS DE PATOLOGÍAS Y EXÁMENES REALIZADOS.**

NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA:	LUGAR DE TRABAJO:	TELÉFONO:
NOMBRE DEL GINECÓLOGO:	LUGAR DE TRABAJO:	TELÉFONO:
NOMBRE DEL PEDIATRA:	LUGAR DE TRABAJO:	TELÉFONO:

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO**

DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO A LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, S.A. A SOLICITAR Y SUMINISTRAR A CUALESQUIERA AGENTES O ENTIDADES CAPTADORAS DE INFORMACIÓN DE CRÉDITO, TODA LA INFORMACIÓN QUE ESTIME CONVENIENTE SOBRE MI HISTORIAL DE CRÉDITO SIN LIMITAR LAS OBLIGACIONES, OPERACIONES O TRANSACCIONES COMERCIALES QUE MANTENGO O LLEGUE A MANTENER CON CUALQUIER AGENTE ECONÓMICO.

IGUALMENTE LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD A LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, S.A. POR CUALQUIER CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA QUE PUEDA SOBREVENIR COMO RESULTADO DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS, SOBRE LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS, Y EN BASE A LO CUAL SE EMITE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE; EN CONSECUENCIA ACEPTO QUE CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, ERRÓNEA E INEXACTA, BRINDADA EN ESTA SOLICITUD, PUEDE SER CAUSAL DE RECHAZO DE CUALQUIER RECLAMO HECHO SOBRE ESTE SEGURO, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA LA COMPAÑÍA.

EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL ASEGURADO

.....  
FIRMA DEL CONTRATANTE

**CORREDOR:**

NOMBRES Y APELLIDOS:	CÓDIGO:	FIRMA:
USTED TRABAJA COMO AGENCIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INDIQUE NOMBRE DEL AGENTE:	

LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, S.A. RUC. 1752209-1-696588 DV 62.  
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS BAJO RESOLUCIÓN N° CTS 04 DE 20 DE JULIO 2010  
DIRECCIÓN: AV. SAMUEL LEWIS Y CALLE 53, OBARRIO PH OMEGA MEZZANINE, PANAMÁ - PANAMÁ