

FECHA DE SOLICITUD

I DATOS DE LA SOLICITUD

| | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|--|
| TIPO DE TRÁMITE: | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA: | | N° DE PÓLIZA: | | <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL | |
| EMISIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> ENDOSO: INCLUSIÓN <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN <input type="checkbox"/> | | DESDE: HASTA: | | | | <input type="checkbox"/> COLECTIVA | |
| VALOR DE SUMA ASEGURADA SOLICITADA | | | | COBERTURA ADICIONAL | | | |
| <input type="checkbox"/> B/ 75,000 | | | | <input type="checkbox"/> SERVICIOS FUNERARIOS | | | |
| <input type="checkbox"/> B/ 100,000 | | | | <input type="checkbox"/> SERVICIOS FUNERARIOS | | | |
| <input type="checkbox"/> B/ 150,000 | | | | <input type="checkbox"/> SERVICIOS FUNERARIOS | | | |
| SÓLO PARA REGISTRAR EN CASO DE QUE LA PÓLIZA SEA "COLECTIVA" | | | | | | | |
| VALOR DE SUMA ASEGURADA: | | | | PLAN: | | | |

II DATOS DEL ASEGURADO

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|---------|---|--|
| NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL | | | | NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / PASAPORTE / RUC | | NACIONALIDAD | |
| GÉNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | PROFESIÓN | ESTADO CIVIL | | <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | | | | | | | |
| PAÍS | | PROVINCIA | | DISTRITO | | CORREGIMIENTO | |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | | | | | | | |
| PAÍS | | PROVINCIA | | DISTRITO | | CORREGIMIENTO | |
| <input type="checkbox"/> CASA | <input type="checkbox"/> EDIFICIO | <input type="checkbox"/> APTO | <input type="checkbox"/> N° DE PISO | TELÉFONOS | | | |
| <input type="checkbox"/> OFICINA | <input type="checkbox"/> N° DE LOCAL | | | FIJO DE HABITACIÓN | OFICINA | CELULAR | |
| DESCRIBA DIRECCIÓN | | | | PUNTO DE REFERENCIA | | | |
| DIRECCIÓN DE OFICINA | | | | | | | |
| PAÍS | | PROVINCIA | | DISTRITO | | CORREGIMIENTO | |
| <input type="checkbox"/> CASA | <input type="checkbox"/> EDIFICIO | <input type="checkbox"/> APTO | <input type="checkbox"/> N° DE PISO | TELÉFONOS | | | |
| <input type="checkbox"/> OFICINA | <input type="checkbox"/> N° DE LOCAL | | | FIJO DE HABITACIÓN | OFICINA | CELULAR | |
| DESCRIBA DIRECCIÓN | | | | PUNTO DE REFERENCIA | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL) | | | | CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL) | | | |

III DATOS DEL CONTRATANTE

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|---------|---|--|
| SELECCIONE (X) SI LOS DATOS DEL ASEGURADO ES IGUAL A LA DEL CONTRATANTE: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO EN CASO DE SER AFIRMATIVO NO COMPLETE ÉSTA SECCIÓN | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL | | | | NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD / PASAPORTE / RUC | | NACIONALIDAD | |
| GÉNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | PROFESIÓN | ESTADO CIVIL | | <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | | | | | | | |
| PAÍS | | PROVINCIA | | DISTRITO | | CORREGIMIENTO | |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | | | | | | | |
| PAÍS | | PROVINCIA | | DISTRITO | | CORREGIMIENTO | |
| <input type="checkbox"/> CASA | <input type="checkbox"/> EDIFICIO | <input type="checkbox"/> APTO | <input type="checkbox"/> N° DE PISO | TELÉFONOS | | | |
| <input type="checkbox"/> OFICINA | <input type="checkbox"/> N° DE LOCAL | | | FIJO DE HABITACIÓN | OFICINA | CELULAR | |
| DESCRIBA DIRECCIÓN | | | | PUNTO DE REFERENCIA | | | |
| DIRECCIÓN DE OFICINA | | | | | | | |
| PAÍS | | PROVINCIA | | DISTRITO | | CORREGIMIENTO | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> CASA | <input type="checkbox"/> EDIFICIO | <input type="checkbox"/> APTO | <input type="checkbox"/> N° DE PISO | TELÉFONOS | | |
| <input type="checkbox"/> OFICINA | <input type="checkbox"/> N° DE LOCAL | | | FIJO DE HABITACIÓN | OFICINA | CELULAR |
| DESCRIBA DIRECCIÓN | | | | PUNTO DE REFERENCIA | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL): | | | | CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL): | | |

IV FORMAS DE PAGOS
 DESCUENTO DE TARJETA DE CRÉDITO TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA ACH TRANSFERENCIA BANCA EN LÍNEA DESCUENTO EN PLANILLA PAGO VOLUNTARIO

 FRECUENCIA: MENSUAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL INDIQUE CANTIDAD DE CUOTAS:

V TITULAR Y DEPENDIENTES QUE SE INCLUIRÁN EN EL SEGURO

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

 POSEE USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES OTRA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD Sí No

FAVOR INDICAR:

| | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA/ PASAPORTE | VIGENCIA (DESDE / HASTA) | SUMA ASEGURADA | COMPAÑÍA DE SEGUROS |
|---|---------------------|----------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| T | | | / | | |
| 1 | | | / | | |
| 2 | | | / | | |
| 3 | | | / | | |
| 4 | | | / | | |

DECLARACIÓN DE SALUD

 CONTESTE CON SELECCIONAR EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

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

ANTECEDENTES PERSONALES

| | | SÍ | TITULAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | CÁNCER, QUISES ALGÚN TUMOR? | Sí <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"/> |
| 2 | DERRAME, ISQUEMIA CEREBRAL, ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR? | Sí <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"/> |
| 3 | DOLOR DE CABEZA, MIGRAÑA? | Sí <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 | ÉPILEPSIA, CONVULSIONES, ALGUNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA NEUROLÓGICO? | Sí <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? | Sí <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? | Sí <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? | Sí <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: ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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.) ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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, RADICULOPATIAS, LESIONES EN LOS HUESOS (OSTEOPOROSIS, OSTEOPENIA)? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, TOXOPLASMOSIS, MENINGITIS, HERPES, ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL, HEPATITIS, DENGUE? ESPECIFIQUE: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | No | <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: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | No | <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: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | No | <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: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 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: | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | No | <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? | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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"/> |
| 30 | HA USADO CUALQUIER OTRO PRODUCTO QUE CONTENGAN NICOTINA EN LOS ÚLTIMOS DOCE (12) MESES? | Sí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | EN CASO AFIRMATIVO, CUÁL CIGARRILLO FUMA? CADA CUANTO FUMA? CUÁNTOS AL DÍA | No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FEMENINO:

| | | | | | |
|--------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------|
| NOMBRE DEL MÉDICO: | | DIRECCIÓN: | | TEL. 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 _____ DEL _____

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

.....
FIRMA DEL CONTRATANTE

VI DATOS DEL CORREDOR

| | | | |
|--|--|---|--------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | | CÓDIGO: | FIRMA: |
| USTED TRABAJA COMO AGENCIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | INDIQUE NOMBRES Y APELLIDOS 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 0401 DEL 8 DE SEPTIEMBRE DE 2010

DIRECCIÓN: AV. SAMUEL LEWIS Y CALLE 53, OBARRIO PH OMEGA MEZZANINE, PANAMÁ - PANAMÁ