

PARTE II DE LA SOLICITUD
 (Declaraciones dadas por el Solicitante y Escritas por el Examinador de su Puño y Letra - USESE TINTA NEGRA)
FAVOR SOLICITAR DOCUMENTO DE IDENTIDAD PERSONAL Y N° DE CÉDULA
COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

1. NOMBRE COMPLETO Y N° CÉDULA (con letra de imprenta) _____					21) ¿En los últimos diez años Ud. ha: SI O NO (1) tenido o le han dicho que tenía el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida ("SIDA"), Complejo Relacionado al Sida (CRS), o condiciones relacionadas con el SIDA? (2) recibido consejo o tratamiento en conexión con cualquiera de las categorías mencionadas en (1) arriba? (3) tenido resultados positivos para anticuerpos al virus (Humano - T Linfotrópico Tipo III; VH TL III) del SIDA?	
2. a. LUGAR DE NACIMIENTO _____ c. OCUPACIÓN ACTUAL _____ e. OCUPACIÓN ANTERIOR _____		b. FECHA DE NACIMIENTO _____ d. TIEMPO EN OCUPACIÓN ACTUAL _____ f. TIEMPO EN OCUPACIÓN ANTERIOR _____			22) ¿Consumo o ha consumido ud. algún tipo de droga ilícita? 23) ¿Ha recibido tratamiento debido al uso de licor o drogas? Detalles _____ 24) ¿Toma usted actualmente algún medicamento, suplementos o vitaminas? Favor indique nombres _____	
3. a.:	Edad si vive	Estado de Salud Si no es buena. ¿De que sufre?	Edad en la fecha de la muerte.	Causa de la muerte Si de tuberculosis, desde hasta la fecha de la muerte.	C) ESTUDIOS ESPECIALES: 1) ¿Ha estado Internado en un hospital, clínica o sanatorio para examen general, diagnóstico o tratamiento? 2) ¿Se encuentra actualmente bajo observación o tratamiento médico o bajo anticonceptivos? 3) ¿Se le han hecho estudios con Rayos X? 4) ¿Le han practicado estudios para diagnósticos de cáncer? 5) ¿Le han hecho electrocardiogramas simples o con prueba de esfuerzo? 6) ¿Le han aconsejado que se hiciera algún examen para diagnóstico que se recluyera en un hospital o que se sometiera a una intervención quirúrgica que no se ha realizado?	
Esposa _____ o Esposo _____ Padre _____ Madre _____ Hermanos _____ y _____ Hermanas _____					D) EN CASO DE SER MUJER: 1) ¿Está embarazada? En caso afirmativo, cuántos meses tiene? 2) ¿Ha tenido abortos, partos prematuros, o dificultad en sus partos? 3) ¿Ha tenido algún tumor o enfermedad en: a) • Los pechos? b) • La matriz? c) • Los ovarios? 4) ¿Ha tenido hemorragias vaginales? 5) ¿Son regulares sus períodos menstruales? Fecha de la última menstruación _____	
b. ¿Ha tenido tuberculosis alguno de la familia o de los que viven en su casa? (Dêense fechas y datos) _____					6. a. ¿Qué médico consulto últimamente? Nombre: _____ Clínica _____ ¿Cuándo? _____ ¿Para que? _____ Resultado de cualquier examen o laboratorio _____ b. ¿De el nombre de los demás médicos, cirujanos o practicantes que le hayan asistido o tratado, o a quien usted haya consultado por cualquier motivo o dolencia ya sea grave o no, en los últimos cinco años? Nombre: _____ Clínica _____ ¿Cuándo? _____ ¿Para que? _____ Resultado de cualquier examen o laboratorio _____	
4. ¿Se le ha aconsejado alguna vez que cambie de ocupación o residencia en bien de la salud? _____					7. ¿Se le ha hecho alguna vez la prueba Wasserman o cualquier otra serología? Si es así, dé el motivo, fecha y resultado. _____ _____ _____ DETALLES: (Use el espacio a continuación para dar datos completos en caso de que Cualquier pregunta del 5 al 8 haya sido "SI", Especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación, dando la fecha, duración, gravedad, resultado, nombres con direcciones de médicos y hospitales, etc). _____ _____ _____	
5. ¿Ha tenido alguna vez: SI O NO					8. a. ¿Qué cantidad de bebidas alcohólicas consume usted a la semana? _____ b. ¿Ha bebido en mayor cantidad anteriormente? _____ c. ¿Ha recibido tratamiento por el uso de licor o narcóticos? _____	
A) ¿Padece alguna enfermedad crónica? _____						
B) ¿SUFRE O HA SUFRIDO DE:						
1) ¿Trastorno de los ojos, oídos, nariz o garganta? _____						
2) ¿Palpitaciones, Soplo Cardíaco, Infarto del Miocardio, Valvopatías o alguna otra enfermedad del corazón, o del sistema circulatorio? _____						
3) ¿Tensión arterial alta? _____						
4) ¿Bronquitis, tos persistente, ronquera, esputos sanguíneos, asma, enfisema, pleuresía, tuberculosis o cualquier otro trastorno respiratorio crónico? _____						
5) ¿Úlcera del estómago, del duodeno, dispepsia, indigestiones repetidas, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides o cualquiera otra molestia del recto o de los intestinos? _____						
6) ¿Enfermedades del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas? _____						
7) ¿Ha presentado Ud. infecciones urinarias, hematuria, Litiasis renal o enfermedades de la vejiga, próstata ó riñon? _____						
8) ¿Hemorragia de cualquier índole o hemofilia? _____						
9) ¿Diabetes, bocio, trastornos de las glándulas endocrinas? _____						
10) ¿Cáncer, quiste o algún otro tumor? _____						
11) ¿Pérdida del conocimiento, ataque, dolor de cabeza, con convulsiones o epilepsia? _____						
12) ¿Reumatismo, gota, neuritis, artritis o trastornos de los músculos o de los músculos ó de los huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones? _____						
13) ¿Deformidad, cojera o amputación? _____						
14) ¿Alergias, anemias u otros trastornos de la sangre? _____						
15) ¿Ha consultado algún psiquiatra? _____						
16) ¿Chancro o reacciones de sangre positiva a la sífilis o herpes genital? _____						
17) ¿Intervenciones quirúrgicas? _____						
18) ¿Alguna otra enfermedad o lesión además de las ya mencionadas? _____						
19) ¿Ha recibido transfusiones? _____						
20) ¿Se le ha estudiado o diagnosticado por alguna alteración inmunológica? _____						

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la Parte 1 y Parte 2 conjuntamente. El Propuesto asegurado ratifica ser exactas y sinceras las respuestas antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni 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 revela expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que le hubiese reconocido, atendido y/o asistido en dolencia o enfermedades. Así mismo autorizo en vida o posterior a mi deceso a los médicos, clínicas y hospitales y/o a cualquier miembro de su personal profesional, así como a cualquier médico, entidad gubernamental de salud, compañía de seguros, enfermera y/o profesional de la salud, instituciones financieras, cooperativas, buró de información médica que me hubiese prestado sus servicios o tenga información sobre mi historial médico, sea en la República de Panamá y/o en el extranjero, para que se suministre a la Cía. Internacional de Seguros, S.A. y a sus Reaseguradores, todos los datos y antecedentes patológicos y/o información contenida en análisis, diagnósticos, informes, declaraciones financieras, expedientes clínicos y/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 o presente.

Fechada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Testigo: _____ M.D. Firma del solicitante _____
 (En presencia del Médico Examinador)

