

CUESTIONARIO DE SALUD

Según su leal saber y entender, **MARQUE SÍ o NO**, si algunas de las personas incluidas en esta solicitud ha tenido alguna vez o se le ha informado de haber tenido o si ha sido tratada (subraye la frase pertinente) por alguna de las siguientes condiciones:

	PROSPECTO		CONY.		HIJOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1- Problemas cerebrovasculares, migrañas o dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Epilepsia, convulsiones, ataque o desmayo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Problemas en los oídos o mala audición, vista o visión defectuosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Problemas del sistema respiratorio, tuberculosis, asma, enfisema o fiebre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Problemas del corazón (cardiovascular), circulatorio, dolores en el pecho, presión arterial (alta o baja), angina, flebitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Problemas del sistema digestivo: estómago, esófago, intestino delgado/grueso, hígado, vesícula, páncreas, hepatitis A, B o C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Problemas en los riñones, vejiga, cálculos renales o sangre en la orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Problemas en columna vertebral, dolores de espalda, esclerosis múltiple o hernia discal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Cáncer, tumor, leucemia, problemas en la sangre, diabetes, anemia falciforme o hemorragias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Enfermedades de las articulaciones, lupus eritematoso, hinchazón, artritis o reumatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Trastorno mental, ansiedad, depresión, trastorno de déficit atencional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Alteración de la Glándula Tiroides: Bocio, Nódulos, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Alguna enfermedad, lesión, o malformación congénita, hereditaria o adquirida al nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Enfermedades Infectocontagiosas, toxoplasmosis, meningitis, herpes, dengue, SIDA o de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Ha habido alguna enfermedad, lesión o padecimiento en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Existe alguna enfermedad, padecimiento, accidente, desorden fisiológico o discapacidad que no se hayan mencionado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Es alguno de los solicitantes fumador? En caso afirmativo: Cuántos años tiene que fuma? _____ Cuántos cigarrillos se fuma al día? _____ Utiliza otro producto que contenga Nicotina? Cuál?: _____ Con que frecuencia? _____ En caso de negativo: Alguno de los solicitantes fumó alguna vez? En caso afirmativo: Quien? _____ Cuando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Consume algún tipo de droga o bebida alcohólica? En caso afirmativo: especificar el tipo y la frecuencia: _____ Por causas de drogas o alcohol, ha sido sancionado y/o recibido tratamiento? Especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos doce meses? Cuántas libras? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Sufre de algún tipo de alergia? Especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Se ha sometido a algún tipo de cirugía y/o hospitalización anteriormente? Cuántas? <input type="text"/> <input type="text"/> Por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Se le ha recomendado alguna intervención quirúrgica, procedimiento médico o tratamiento en el futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Ha sufrido de trastornos de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Favor listar medicamentos que utiliza cualquiera de los solicitantes en forma regular o si se encuentra bajo tratamiento médico Detallar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Tiene usted o sus familiares otro seguro de hospitalización o tiene pendiente alguna solicitud de rehabilitación en otra compañía? Compañía: _____ No. Póliza: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- Le han rechazado, pospuesto o modificado a usted o sus familiares una Solicitud o póliza de Salud, Vida o Accidentes Personales en esta u otra compañía? Nombre: _____ Compañía: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- Ha sido condenado por alguna violación a la ley? En caso afirmativo, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- Participa o planea participar en carreras de automóviles o motocicletas, buceo o cualquier otra actividad o deporte arriesgado? en caso afirmativo, adjuntar el cuestionario de Deportes y Actividades Peligrosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- Tiene licencia de Piloto? Ha piloteado o piensa pilotear alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas? En caso afirmativo, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30- Tiene alguno de los solicitantes antecedentes familiares de cáncer, diabetes, enfermedades del corazón e hipertensión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solicitante	Familiar Afectado	Enfermedad	Edad de Manifestación	Estado Actual

PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES: (Solicitante Principal o Cónyuge)

31- Sufre de algún trastorno o enfermedades ginecológicas? Sí No

32- Está usted Embarazada? Sí No

33- Nombre de su Ginecólogo: Última Visita: / Resultado Papanicolau Grado o Tipo

34- Se le ha hecho algún examen de ultrasonido, mamografía o pruebas especiales? Sí No

Resultados: Fecha:

PREGUNTAS ADICIONALES PARA NIÑOS:

36- Nombre del Pediatra:

37- Fecha de su Última Visita:

PREGUNTAS ADICIONALES PARA HOMBRES:

35- Ha tenido alteraciones en la próstata, varicocele u órganos reproductivos? o resultado de PSA (Antígeno Prostático Específico) elevado? Sí No

Médico: _____ Lugar de atención: _____

SI HA CONTESTADO SÍ ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Número de Pregunta	Nombre del Solicitante Principal y/o Dependiente	Fecha Última Atención	Enfermedad	Médico Tratante u Hospital	Condición Actual Confirmar si fue operado
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

CONTRATANTE: Completar sólo si es diferente al prospecto. Adjuntar copia de Cédula

PERSONA JURÍDICA:

Nombre Razón Social - Adjuntar formulario Único Sujeto Regulado y documentos requeridos

PERSONA NATURAL:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Apellido de Casada

Nombre

Cédula / Pasaporte: Fecha Nacimiento: Edad Sexo: M F

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

Apto. /Casa No.: Teléfono Residencial: Celular:

E-mail Personal: Apartado Postal: Zona:

Extranjero: Sí No País de Origen: Años de Residencia en Panamá:

Empresa donde Trabaja: No. Empleado:

Actividad Económica de la Empresa:

Fecha Inicio Empleo: Ocupación: Otras Ocupaciones:

Profesión: Funciones:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

E-mail Oficina: Teléfono Oficina:

Ingreso Anual Aproximado - Ocupación Actual B/: Ingreso Anual Aproximado - Otras Ocupaciones B/:

País(es) donde Tributa por sus Ingresos:

RESPONSABLE DEL PAGO: Completar sólo si es diferente al Prospecto y/o contratante. Adjuntar copia de Cédula

PERSONA JURÍDICA:

Nombre Razón Social - Adjuntar formulario Único Sujeto Regulado y documentos requeridos

PERSONA NATURAL:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Apellido de Casada

Nombre

Cédula / Pasaporte: Fecha Nac.: Edad Sexo: M F

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

Apto. /Casa No.: Teléfono Residencial: Celular:

E-mail Personal: Apartado Postal: Zona:

Extranjero: Sí No País de Origen: Años de Residencia en Panamá:

Empresa donde Trabaja: No. Empleado:

Actividad Económica de la Empresa:

Fecha Inicio Empleo: Ocupación: Otras Ocupaciones:

Profesión: Funciones:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

E-mail Oficina: Teléfono Oficina:

Ingreso Anual Aproximado - Ocupación Actual B/: Ingreso Anual Aproximado - Otras Ocupaciones B/:

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: En pleno conocimiento de la Ley No.68 de 20 de noviembre de 2003 de la Ley No. 40 de 14 de agosto de 2018 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria, libre, espontánea e irrevocable por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra facilidad médica o medicamento relacionada, ya sea privada o gubernamental, que posee licencia como tal, compañía de seguros o tenedores de pólizas de seguros de grupo, asegurador o empleador, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la Compañía de Seguros y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesiones que tengan en su poder; por lo que renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquier proveedor médico u otra persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocirme en lo sucesivo a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento sin consecuencias para estos ni para la aseguradora a quienes desde la firma de esta solicitud relevo de toda responsabilidad por el hecho de haber suministrado o recabado la información que las anteriores personas y entidades suministren. Adicionalmente, autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico, así como a la compañía de seguros para disponer de la información y compartirla con otros proveedores de la salud que considere conveniente para la evaluación del caso.

PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS: Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como 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.

¿Es el Prospecto una persona políticamente expuesta? Sí No Cargo actual o anterior:

¿Es el Contratante una persona políticamente expuesta? Sí No Cargo actual o anterior:

¿Es el Responsable de pago una persona políticamente expuesta? Sí No Cargo actual o anterior:

* Declaro que la información contenida en esta Solicitud es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntar y que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes.

Firma del Prospecto
/ /

Fecha

Firma del Contratante
/ /

Fecha

Firma del Responsable de Pago
/ /

Fecha

Adjuntar cédula, pasaporte o documento equivalente.

INFORMACIÓN DEL CORREDOR: Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido contestada según mi leal saber y entender, por lo que no se está proporcionando información falsa, alterada o incompleta.

1- Conoce Usted al Prospecto? Sí No Tiempo: _____ 2- Le consta que su cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí No

3- Conoce algún hecho o contradicción con las respuestas del Prospecto o Dependiente: _____

4- Se le han rechazado, diferido modificado o recargado alguna vez algún seguro de Vida, Accidentes Personales o Salud al Prospecto y/o sus dependientes? En caso afirmativo especificar: _____

Nombre o Razón Social:
Completar Letra Imprenta

Teléfono:

E-mail: _____

Firma del Corredor: _____ Número de Licencia: _____ / /
Fecha

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Evaluación: Aprobado Declinado Recargo %: _____ Motivo _____

Condiciones Pre-existentes: Temporal Permanente Duración Desde: Hasta:
DD MM AA DD MM AA

Exclusiones: _____

Nombre y apellido del suscriptor Firma / /
Fecha

Aprobación Alta Gerencia:

Nombre Firma / /
Fecha

EVALUACIÓN MÉDICA:

Médico: _____
Nombre Firma / /
Fecha

OBSERVACIONES:

SELLO DE PAGO

SELLO DE RECIBIDO



Suscrito y Administrado por Cia. Internacional de Seguros S.A. Licenciatarío Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panamá.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá