

Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ningún dato.

Contratante/Asegurado:								
No. de Póliza:				Fecha Efectiva:				
Favor listar todos los miembros de la familia a incluir dentro de esta sección, por orden de edad, siendo primero el mayor:								
Nombre completo	Fecha de Nac.			Estatura Mts.	Peso Lbs.	Parentesco	Cédula	Médico de Cabecera
	Día	Mes	Año					
						<input type="checkbox"/> Espos(a)		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
Favor indicar si alguno de los hijos es adoptado:								

**Es indispensable contestar a cada pregunta Sí o No.**

1)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Cáncer, quistes, tumor de hipófisis, algún otro tumor o tumor maligno?
2)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido quimioterapia, radioterapia o tratamiento alterno?
3)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Enfermedad cerebrovascular, embolia, trombosis, dolores de cabeza, migraña?
4)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Epilepsia, pérdida de conocimiento, parálisis, ataques, mareos o desmayos?
5)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Enfermedades y/o desórdenes mentales o nerviosos, ansiedad, depresión, trastornos del déficit atencional, estrés?
6)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Alteración o afección de los ojos, cataratas, glaucoma, pterigion, chalazion, ceguera parcial o total y otras alteraciones de los ojos?
7)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Alteración o afección en los oídos, otitis, laberintitis, sordera parcial o total y otras alteraciones de los oídos?
8)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Apnea del sueño, tabique o septum nasal desviado, pólipos nasales, inflamación de cornetes nasales?
9)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Alteración o afección en la tiroides, bocio, diabetes, insulino-dependiente, ganglios inflamados, trastornos de las glándulas endocrinas?
10)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Trastornos hormonales, hirsutismo, galactorrea?
11)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Enfermedades de la piel, nevus, acné, alopecia, psoriasis, vitiligo, dermatitis seborreica, quemaduras, alergias?
12)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Enfermedades pulmonares, bronquitis, tos persistente, ronquera, esputos sanguíneos, enfisema, tuberculosis, asma, rinitis, sinusitis y otras alergias respiratorias?
13)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Palpitaciones, soplo cardíaco, fiebre reumática, angina de pecho, infarto del miocardio, valvulopatías, alguna otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio, várices, flebitis?
14)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Presión arterial alta o presión arterial baja?
15)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Alteración o afección del sistema digestivo, reflujo gastroesofágico, gastritis, úlceras, hernia, colon irritable, diverticulitis, pólipos, hemorroides, fístulas, sangrado rectal?
16)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Alteración o afección de la vesícula, cálculos biliares, dolor abdominal, alteración del páncreas, hígado, hepatitis?
17)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Alteración o afección en los riñones, en la vejiga, cálculos renales, infecciones urinarias, sangre en la orina, frecuencia urinaria, ardor?
18)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Reumatismo, gota, neuritis, artritis, artritis deformativa, hernia discal, trastornos de los músculos, osteoporosis, trastornos de los huesos incluyendo la columna vertebral, la espalda, las articulaciones, escoliosis, juanetes?
19)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Deformidad, cojera, amputación, tiene o ha tenido pérdida transitoria o no transitoria de algún movimiento?
20)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Prótesis e implantes?
21)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Hemorragias de cualquier índole, hemofilia, aparición de moretones sin golpe y/o heridas pequeñas con sangrado profuso, anemia u otros trastornos de la sangre?
22)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Enfermedades infectocontagiosas, toxoplasmosis, meningitis, herpes, enfermedades de transmisión sexual?
23)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), ha tenido resultados positivos al virus o condiciones relacionadas, fiebre de origen no determinado?
24)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Existe alguna lesión o enfermedad congénita, malformaciones congénitas, o por accidente sufrido?
25)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Usa o ha usado sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, u otros similares? ¿Tiene dependencia a bebidas alcohólicas?
26)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Fuma actualmente? Cantidad diaria: _____ ¿Desde cuándo?
27)	<b>Femenino: Solicitante/Dependientes</b>		
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	- ¿Está embarazada? Meses: _____ Fecha probable del parto: _____
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	- ¿Abortos, dolor pélvico, endometriosis, menopausia, hemorragias vaginales?
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	- ¿Menstrúa normalmente?
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	- ¿Tumores, quistes o enfermedades de las mamas, matriz, ovarios, trompas, desórdenes en los órganos reproductivos?
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	- ¿Recibe o ha recibido tratamientos por infertilidad?
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección del Ginecólogo/Médico de Cabecera: _____
28)	<b>Masculino: Solicitante/Dependiente</b>		
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	- ¿Alteración de la próstata, desórdenes en los órganos reproductivos?
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	- ¿Varicocele, enfermedad del Peyrone, circuncisión?
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	- ¿Recibe o ha recibido tratamientos por infertilidad?
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección del Urólogo/Médico de Cabecera: _____

29)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido alguna alteración de salud, ha consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico de alguna otra enfermedad o condición no mencionada anteriormente, o examen físico?
-----	-----------------------------	-----------------------------	---

**En caso de respuestas afirmativas a las preguntas de la declaración de asegurabilidad, favor dar amplia información:**

Pregunta No.	Nombre del Solicitante y/o Dependiente	Enfermedad Diagnosticada/Operación	Fecha de Ocur. DD/MM/AA	Nombre/Dirección del Médico y Hospital - Teléfono

**Importante: Se requieren las copias de los certificados de matrimonio y de nacimiento, según corresponda.**

**Favor lea detenidamente esta sección-firmar y fechar**

**Se tiene por entendido y se esta de acuerdo que:**

- ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier **Solicitud de Inclusión de Dependientes**. La presente **Solicitud de Inclusión de Dependientes** deberá ser recibida y aprobada por ASSA como paso previo a la emisión en la Póliza. Dicha cobertura aquí solicitada será iniciada a partir de la fecha efectiva que se expresa por escrito mediante un Endoso de Inclusión de Dependientes.
- Yo, el solicitante, declaro que todas las respuestas contenidas en esta solicitud son exactas, completas y verídicas, y acepto que cualquiera omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas eximirá a ASSA de toda obligación de indemnizar.**
- Con presentar una fotocopia o el original de este cuestionario, autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra facilidad, agencia gubernamental, compañía aseguradora u otra persona médica o relacionada médicamente en la República de Panamá y en el extranjero, de proveer a ASSA información incluyendo copias de registros respecto a consejos, cuidados o tratamientos proporcionados a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol, y los libero expresamente de cualquier responsabilidad.

Fecha

Firma del Solicitante

Cédula/Pas. del Solic.

**Espacio para uso de ASSA Compañía de Seguros, S.A.**

Fecha de Recibo:	Fecha de Aceptación/Rechazo:	Póliza No.:	Certificado No.:
Condiciones Preexistentes:			
<b>Condiciones preexistentes excluidas permanentemente</b>			
Código/Diagnóstico	Persona	Código/Diagnóstico	Persona
C.W. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Observaciones:	Fecha efectiva	