



Solicitud para Seguro de Salud – Inclusión de Dependientes

Favor completar todos los espacios con bolígrafo y en letra molde. No se aceptarán solicitudes con tachones o líquido corrector.

Recuerda: Cada sección está marcada con un símbolo.
Si tu póliza lo requiere, deberás completarla.

● Salud ☐

Nro. de póliza

Certificado o Unidad

1. Datos generales del asegurado

1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de casada
1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo M ☐ F ☐
Cédula/Pasaporte	Teléfono	
Correo electrónico (personal)*		

*Importante que nos proporcione una dirección de correo electrónico, de esta forma recibirá la confirmación de la gestión de su reembolso o reclamo.

Persona Expuesta Políticamente (PEP)

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente¹ o un familiar² o un estrecho colaborador³ de un PEP? En caso afirmativo detallar: Sí ☐ No ☐

¹ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).

² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta Políticamente.

³ Persona conocida por su íntima relación con respecto a la Persona Expuesta Políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la Persona Expuesta Políticamente.

2. Datos de los dependientes

Nombre(s)	Apellido(s)	Cédula/Pasaporte	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Sexo	Parentesco	Estatura (mts)	Peso (kgs)
a)				M ☐ F ☐	Espos(a)		
b)				M ☐ F ☐	Hijo(a)		
c)				M ☐ F ☐	Hijo(a)		
d)				M ☐ F ☐	Hijo(a)		

Persona Expuesta Políticamente (PEP)

¿Algunos de los DEPENDIENTES es una persona expuesta políticamente¹ o un familiar² o un estrecho colaborador³ de un PEP? En caso afirmativo detallar: Sí ☐ No ☐

¹ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).

² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta Políticamente.

³ Persona conocida por su íntima relación con respecto a la Persona Expuesta Políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la Persona Expuesta Políticamente.

3. Detalle de otros seguros de salud en vigor a su nombre

Compañía	Nro. de Póliza	F. Efectiva (dd/mm/aaaa)

4. Cuestionario médico de dependiente(s), por favor responder todas las preguntas

Recuerde que todas las preguntas deben ser contestadas pensando en cada uno de los miembros de su familia.

Alguna vez ha sido tratado(a) por:

	Cónyuge	Hijos
1. ¿Cáncer, leucemias, quistes, nódulos, algún tumor, linfoma, lupus, enfermedad autoinmune, o cualquier otro trastorno de origen autoinmune u oncológico?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
2. ¿Derrame, isquemia cerebral, enfermedad cerebrovascular, aneurisma, o cualquier otro trastorno del sistema nervioso central de origen vascular?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
3. ¿Alguna enfermedad del sistema neurológico, dolor de cabeza, migraña, epilepsia, convulsiones, mareos, neuralgia, desmayos, o cualquier otro trastorno neurológico?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
4. ¿Trastornos mentales: psicosis, esquizofrenia, trastornos bipolares, ansiedad, trastornos alimenticios, fatiga crónica, abuso o dependencia de sustancias químicas o drogas, alcoholismo, depresiones, o cualquier otro trastorno mental, emocional o del comportamiento?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
5. ¿Alteración, afección de los oídos, nariz, boca, garganta, o cualquier otro trastorno del sistema otorrinolaringológico o de la cavidad oral?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
6. ¿Cataratas, glaucoma, pterigión, chalazión, ceguera parcial o total y/o cualquier otra alteración de los ojos, o trastornos oftalmológicos?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
7. ¿Trastornos endócrinos y/o metabólicos: hipotiroidismo, hipertiroidismo, trastornos de la tiroides, diabetes, azúcar en la orina, trastornos hormonales, o cualquier otra alteración del sistema endocrino o del metabolismo?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
8. ¿Enfermedades o lesiones de la piel: lunares, vitiligo, dermatitis, psoriasis, eczema, herpes, acné, o cualquier otra condición de la piel?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
9. ¿Afecciones respiratorias: asma, tos crónica, tuberculosis, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, neumonía, pleuresía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ronquera crónica, rinitis, sinusitis, alergias, fibrosis pulmonar, bronconeumonía, desviación del tabique nasal, o cualquier otro trastorno del sistema respiratorio?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
10. ¿Afecciones del sistema circulatorio: infarto (enfermedad coronaria), arritmia, angina de pecho, taquicardia, presión arterial alta o presión arterial baja, soplo, lesión valvular, o cualquier otro trastorno del sistema cardiovascular?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
11. ¿Alteración del sistema digestivo: esófago, estómago, intestino delgado/grueso, hemorroides, divertículos, colitis, hernias, hígado, vesícula, páncreas, úlcera, o cualquier otro trastorno del sistema gastrointestinal o digestivo?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
12. ¿Alteración o afección de los riñones, uréteres, vejiga, uretra, piedras en el riñón, infección urinaria, orina con sangre, o cualquier otro trastorno del sistema urinario?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐

Alguna vez ha sido tratado(a) por:

	Cónyuge	Hijos
13. ¿Enfermedades de las articulaciones: artritis, reumatismo, gota, enfermedad de colágeno, o cualquier otro trastorno articular o reumatológico?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
14. ¿Ha padecido de la columna vertebral, discos, radiculopatías, ciática, lesiones en los huesos (osteoporosis, osteopenia), distrofia muscular, esclerosis múltiple, poliomielitis, rabia, o cualquier otro trastorno del sistema musculoesquelético, neuromuscular o del sistema nervioso central de origen infeccioso?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
15. ¿Alguna enfermedad de la sangre: anemia, hemofilia, flebitis, tromboflebitis, hemorragias o cualquier trastorno de la sangre, bazo o sistema vascular, o cualquier otra enfermedad del sistema sanguíneo o vascular? ¿Ha recibido una transfusión de sangre? Indique cuándo y circunstancias.	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
16. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o alguna complicación relacionada al SIDA (CRS) o prueba positiva de sangre que indica que hay anticuerpos del virus del SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida)?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
17. ¿Enfermedades infectocontagiosa, toxoplasmosis, meningitis, herpes, enfermedad de transmisión sexual, hepatitis, dengue, malaria, tétano, encefalitis, o cualquier otra infección transmisible de origen viral, bacteriano, parasitario o micrótico?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
18. ¿Alguna enfermedad, malformación, lesión o defecto congénito, o cualquier otra condición presente desde el nacimiento, ya sea de origen estructural, funcional o genético?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
19. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga como: marihuana, cocaína, anfetaminas, sustancias psicotrópicas o psicoactivas, narcóticos u otras sustancias con efectos similares sobre el sistema nervioso central?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
20. ¿Ingiera bebidas alcohólicas? Detalle y frecuencia.	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
21. ¿Es fumador activo de cigarrillos, pipa, cigarros, puros, habanos o consume alguna forma de tabaco, vapor, o cualquier otro producto de tabaco o nicotina? Indique cantidad y frecuencia.	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
22. ¿Ha sido sometido a cualquier prueba diagnóstica, tal como rayos X, electrocardiogramas, pruebas sanguíneas o ha tenido cualquier enfermedad, intervención quirúrgica, operación, consejo médico, tratamiento en un hospital que no haya sido ya mencionado?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
23. ¿En los últimos cinco (5) años ha disminuido de peso? Si la respuesta es Sí, detallar respuesta.	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
24. ¿Ha sido hospitalizado por COVID 19? Favor indicar: _____ En sala / _____ En cuidados intensivos	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
25. ¿Ha recibido usted vacunas COVID 19? Indicar las dosis recibidas: _____ 1 / _____ 2 / _____ 3 o más	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
26. ¿Tiene usted médico de cabecera? Si la respuesta es Sí, detallar respuesta.	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐

Femenino

	Cónyuge	Hijos
27. ¿Está usted embarazada? Indique cuántas semanas o meses y fecha probable de parto	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
Tiempo (semanas o meses)	Fecha probable de parto (dd/mm/aaaa)	
28. ¿Abortos, dolor pélvico, endometriosis, menopausia, hemorragias vaginales, fibromas o quistes, o cualquier otro trastorno ginecológico? ¿Recibe o ha recibido tratamientos por infertilidad o padece irregularidades menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos o alguna alteración de las mamas?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
29. ¿Se ha realizado recientemente una mamografía, papanicolaou o chequeo ginecológico? Indique nombre del médico, fecha(s) y resultados.	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐

Masculino

30. ¿Ha presentado desórdenes del pene, testículos, próstata, enfermedad de Peyronie, varicocele, antecedentes de circuncisión, o cualquier otra afección del aparato reproductos masculino, ya sean de origen congénito, adquirido o quirúrgico?
31. ¿Se ha realizado una prueba de Antígenos Prostático Específico (PSA)? Indique nombre del médico, fecha(s) y resultados.

Cónyuge

Hijos

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

En el espacio que sigue favor incluir detalles de las respuestas afirmativas de las preguntas 1-31

Nro.	Nombre de la persona	Enfermedad, diagnóstico u operación	Fecha de ocurrencia (dd/mm/aaaa)	Tratamiento	Fecha de recuperación (dd/mm/aaaa)	Nombre del médico o institución

Preguntas adicionales

1. ¿Se le ha rechazado, cancelado, aplazado, recargado o modificado alguna vez, seguro de vida o contra accidente o enfermedades o negado su rehabilitación?
En caso afirmativo, detallar:
2. ¿Tiene usted pendiente alguna solicitud de seguro de vida, salud o rehabilitación en alguna otra compañía?
3. ¿Ha viajado como piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro?
4. ¿Ha participado o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, paracaidismo, buceo, alpinismo, equitación u otras actividades peligrosas?
5. ¿Ha viajado o vivido fuera del país de residencia más de 3 meses durante el último año o tiene la intención de hacerlo durante el año en curso o próximo año?
6. ¿Ha sido condenado por un crimen?
7. ¿Ha sido condenado por manejar bajo la influencia del alcohol y/o drogas o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?
8. ¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez o ha sido tratado por adicción al alcohol o las drogas?

Cónyuge

Hijos

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

5. Datos del contratante*

Empleador

Clase

Estos datos deberán ser completados por el contratante.

6. Autorizaciones y firmas (Favor lea detenidamente esta sección, firmar y fechar)

Convengo en que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento, y acepto que cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas eximirá a ASSA Compañía de Seguros de toda obligación de indemnizar.

Convengo en que ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud para el Seguro de Salud Colectivo, y que el seguro aquí solicitado entrará en vigor cuando sea aprobado por la Compañía, iniciando a partir de la fecha efectiva que se expresa por escrito en las Condiciones Particulares de la póliza.

AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO A SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR EXPEDIENTE CLÍNICO: Doy mi consentimiento y autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, institución de salud o compañías de seguros, o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho médico, hospital, clínica, institución de salud, compañías de seguros o miembro del respectivo personal profesional a ASSA Compañía de Seguros, S.A., o a mi intermediario de Seguros. Renuncio, exonero y relevo al médico, hospital, clínica, institución de salud, compañías de seguros o cualquier miembro del personal profesional perteneciente a los mismos, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen, revelen, muestren o entreguen cualquier registro profesional, observación, informe o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada.

CONSENTIMIENTO SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS: Doy mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A: (la Compañía), sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.

Firma del Asegurado	Cédula/Pasaporte del Solicitante
Fecha	Firma del Contratante
Firmar en caso de haber dependientes que sean mayores de edad:	
Firma de Dependiente	Firma de Dependiente