

NÚMERO DE SOLICITUD:

Nuevo Negocio

TIPO DE PÓLIZA: Individual Colectiva

Inclusión de Asegurado

Inclusión de Dependiente

PÓLIZA NO.: CERT:

Rehabilitación

CUESTIONARIO DE SALUD

Según su leal saber y entender, MARQUE SÍ o NO, a las siguientes preguntas relacionadas con el Coronavirus/COVID-19:

| | PRINCIPAL | CÓNYUGE | HIJOS |
|--|-----------|---------|-------|
| | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO |

1- Usted o algún otro solicitante ha viajado fuera del país de residencia después del 01 de diciembre del 2019?
Si la respuesta ha sido SÍ, Por favor indicar:

1

| Nombre del Solicitante | Indicar País(es) visitados: | Fechas |
|------------------------|-----------------------------|--------|
| | | / / |
| | | / / |
| | | / / |

2- Usted o algún otro solicitante se le ha realizado pruebas de Panel Respiratorio para descarte de Enfermedad Respiratoria?

2

3- Usted o algún otro solicitante ha resultado positivo a la prueba para el Coronavirus/COVID-19, o está en la espera de los resultados de dicha prueba?

3

4- Usted o algún otro solicitante ha tenido contacto con un paciente portador de Coronavirus/COVID-19?

4

5- Usted o algún otro solicitante ha presentado en los últimos 30 días síntomas generales como fiebre, dolor muscular, decaimiento, dolor de cabeza, dificultad respiratoria o síntomas respiratorios, tales como malestar en la garganta, tos, diarrea o secreción nasal?

5

6- Usted ha sido o conoce de alguien que se le haya puesto en aislamiento o cuarentena por parte del Ministerio de Salud?

6

SI HA CONTESTADO SÍ A 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 |
|--------------------|--|-----------------------|------------|----------------------------|---|
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |

DECLARACIÓN: En mi nombre y representación, y en nombre de las personas incluídas en esta solicitud, declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la Póliza y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la Póliza quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falsedad o reticencia de mi parte, sobre circunstancia que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiese hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: En pleno conocimiento de la Ley No.68 del 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria, libre y espontánea 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 reconocermme en lo sucesivo a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento. 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.

Firma del Asegurado

Firma del Contratante

Fecha

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Evaluación: Aprobado Declinado Recargo %: ____ Motivo _____

Condiciones Permanente Duración: Desde: Hasta:

Exclusiones: _____

Nombre del Evaluador: _____ Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

SELLO DE PAGO

SELLO DE RECIBIDO