

Fecha de solicitud / Día / Mes / Año /

Póliza No.

Certificado No.

Datos del Asegurado

Nombre				Apellido			
Fecha de nacimiento / Día / Mes / Año		Sexo ☐ F ☐ M	CIP	Pasaporte	No. de Identificación		
Fecha de efectividad del movimiento / Día / Mes / Año				Plan o Categoría			

Datos de los Dependientes

1. Nombre				Apellido			
Sexo ☐ F ☐ M	Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)	Fecha nacimiento					
Nacionalidad	Peso	Estatura	☐ CIP	☐ Pasaporte	No. de Identificación		
2. Nombre				Apellido			
Sexo ☐ F ☐ M	Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)	Fecha nacimiento					
Nacionalidad	Peso	Estatura	☐ CIP	☐ Pasaporte	No. de Identificación		
3. Nombre				Apellido			
Sexo ☐ F ☐ M	Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)	Fecha nacimiento					
Nacionalidad	Peso	Estatura	☐ CIP	☐ Pasaporte	No. de Identificación		
4. Nombre				Apellido			
Sexo ☐ F ☐ M	Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)	Fecha nacimiento					
Nacionalidad	Peso	Estatura	☐ CIP	☐ Pasaporte	No. de Identificación		

Declaración de Salud

1.- ¿Padece o ha padecido alguno de sus dependientes de las enfermedades siguientes? Marque SI en caso afirmativo o NO en caso negativo, e indicar con una X a quien corresponde la respuesta:

Enfermedades	Si	No	Cónyuge	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Nombre:
Enfermedades cardíacas								
Hipertensión arterial								
Cáncer/Tumor/Leucemia								
Diabetes								
Enfem. de los Riñones								
Afecciones de Próstata								
Prob. cerebrovasculares								
Epilepsia/Convulsiones								
Problemas en la vista								
Problemas respiratorios								
Problemas en el estómago								
Problemas en la columna								
Problemas en la sangre								
Enferm. de articulaciones								

2.- ¿Alguno de sus dependientes se encuentra bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento?

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre:

3.- ¿Alguno de sus dependientes ha padecido de lesiones o enfermedades durante los últimos 5 años?

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre:

4.- ¿Alguno de sus dependientes presenta algún padecimiento, accidente o desorden fisiológico que no se haya mencionado?

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre:

5.- ¿Alguno de sus dependientes fuma? Si No En caso afirmativo especifique años fumando _____ Cantidad por día _____

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre:

6.- ¿Alguno de sus dependientes consume algún tipo de droga o bebidas alcohólicas?

En caso afirmativo confirme cuando

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre:

7.- ¿Alguno de sus dependientes a disminuido o aumentado de peso en los últimos 3 meses?

En caso afirmativo confirme cuantas libras _____

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: Si No

8.- ¿Alguno de sus dependientes sufre algún tipo de alergia?

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: Si No

9.- ¿Alguno de sus dependientes se ha sometido a algún tipo de cirugía o tratamiento en el pasado?

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: Si No

10.- ¿Alguno de sus dependientes sufre de trastornos en la piel?

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: Si No

11.- ¿Alguno de sus dependientes toma medicamentos de forma recurrente?

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: Si No

12.- Favor listar los medicamentos que toma cualquiera de los solicitantes en forma recurrente:

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: Si No

13.- ¿Alguno de sus dependientes cuenta con otro seguro hospitalario en otra compañía?

En caso afirmativo, indicar: Compañía _____ Póliza No. _____

Cónyuge Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4 Nombre: Si No

Preguntas para el cónyuge o dependiente

15.- ¿Padece de algún trastorno o enfermedad ginecológica? Si No

16.- ¿Está usted embarazada? Si No En caso afirmativo indique cantidad de semanas _____

17.- Especificar nombre de su ginecólogo: _____ Fecha de su última visita: / Día / Mes / Año

18.- Especificar fecha de su último papanicolau: / Día / Mes / Año Resultado, grado o tipo: _____

19.- ¿Se le ha hecho algún examen de ultrasonido, mamografía o pruebas especiales? Si No
Especificar resultados y fecha: _____

20.- En caso de tener niños, indicar el nombre de su pediatra _____

Si ha contestado afirmativamente algunas de las preguntas anteriores (1 al 20), favor completar las siguientes informaciones:

Pregunta No.	Nombre del solicitante/dependiente	Fecha última atención	Enfermedad	Médico tratante	Condición actual

Declaración

En mi nombre y representación y en nombre de las personas incluidas 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 sirve 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 circunstancias que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiere hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

Autorización (información confidencial)

Autorizo por la presente a cualquier médico, referido de la Compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico u otra facilidad médica o medicamento relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica u otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de salud: mía, 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, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, para lo cual los relevo de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias en cumplimiento en los establecido por la ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostática de ésta autorización será tan válida como la original. 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.

Reconozco y acepto que UniVivir Seguros, S.A y su Grupo Financiero Unibank, S.A., puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y custodiar legalmente mis datos y los de mis dependientes, incluyendo pero sin limitarse a, fotos o imágenes de documentos de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, credenciales y/o cualquier otro documento para cumplir con el proceso de debida diligencia y las políticas de conozca su cliente, prestar los servicios requeridos, realizar gestiones de cobros y promoción de servicios comerciales y financieros, por medio de correo electrónico, teléfono fijo o móvil, SMS o cualquier otro medio, generar métricas, estadísticas y reportes, enviar información y cumplir cualquier requerimiento del ente regulador y/o de cualquier otra entidad del Estado, en cumplimiento con la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de la República de Panamá

La compañía se reserva el derecho de revisar las referencias crediticias del cliente en el sistema de la Asociación Panameña de Crédito y podrá, a falta de pago, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.

(*) Favor anexar a este formulario los siguientes documentos:

1.Copia de cédula para dependientes mayores de 18 años | 2.Copia de certificado de nacimiento para recién nacidos

Firma y sello del contratante

Firma del titular

Firma y Código del Corredor

Firma del Gte. de Negocios

Para ser completado por la Compañía

Recibido por

Fecha / Día / Mes / Año

Procesado por

Fecha / Día / Mes / Año