



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

PARTE II DE LA SOLICITUD

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA
Página 1/2

1. Nombre completo y No de Cédula					21. ¿En los últimos diez años Ud. ha:		SÍ	NO
2. a. Lugar de nacimiento					b. Fecha de nacimiento			
c. Ocupación actual					d. Tiempo en ocupación actual			
e. Ocupación anterior					f. Tiempo en ocupación anterior			
3. a.					Edad si vive	Estado de Salud Si no es buena ¿De qué sufre?	Edad en la fecha de la muerte	Causa de la muerte si de tuberculosis, desde hasta la fecha de la muerte
Esposa								
o Esposo								
Padre								
Madre								
Hermanos								
Hermanas								
b. ¿Ha tenido tuberculosis alguno de la familia o de los que viven en su casa? (Dénse fechas y datos)					Si	No		
4. ¿Se le ha aconsejado alguna vez que cambie de ocupación o residencia en bien de la salud?					Si	No		
5. ¿Ha tenido alguna vez:					SÍ	NO		
A) PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?								
B) ¿SUFRE O HA SUFRIDO DE:								
1. ¿Trastorno de los ojos, oídos, nariz o garganta?								
2. ¿Palpitaciones, Soplo Cardíaco, Infarto del Miocardio, Valvupatías o alguna otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio?								
3. ¿Tensión arterial alta?								
4. ¿Bronquitis, tos persistente, ronquera, esputos sanguíneos, asma, enfisema, pleuresía, tuberculosis o cualquier otro trastorno respiratorio crónico?								
5. ¿Úlcera del estómago, del duodeno, dispesia, indigestiones repetidas, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides o cualquiera otra molestia del recto o de los intestinos?								
6. ¿Enfermedades del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas?								
7. ¿Ha presentado Ud. infecciones urinarias, hematuria, litiasis renal o enfermedades de la vejiga, próstata o riñón?								
8. ¿Hemorragia de cualquier índole o hemofilia?								
9. ¿Diabetes, bocio, trastornos de las glándulas endocrinas?								
10. ¿Cáncer, quiste o algún otro tumor?								
11. ¿Pérdida del conocimiento, ataque, dolor de cabeza, con convulsiones o epilepsia?								
12. ¿Reumatismo, gota, neuritis, artritis o trastornos de los músculos o de los huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?								
13. ¿Deformidad, cojera o amputación?								
14. ¿Alergias, anemias u otros trastornos de la sangre?								
15. ¿Ha consultado algún psiquiatra?								
16. ¿Chancro o reacciones de sangre positiva a la sífilis o herpes genital?								
17. ¿Intervenciones quirúrgicas?								
18. ¿Alguna otra enfermedad o lesión además de las ya mencionadas?								
19. ¿Ha recibido transfusiones?								
20. ¿Se le ha estudiado o diagnosticado por alguna alteración inmunológica?								
21. ¿Toma usted actualmente algún medicamento, suplementos o vitaminas? Favor indique nombres:								
C) ESTUDIOS ESPECIALES:								
1. ¿Ha estado internado en un hospital, clínica o sanatorio para examen general, diagnóstico o tratamiento?								
2. ¿Se encuentra actualmente bajo observación o tratamiento médico o bajo anticonceptivos?								
3. ¿Se le han hecho estudios con Rayos X?								
4. ¿Le han practicado estudios para diagnósticos de cáncer?								
5. ¿Le han hecho electrocardiogramas simples o con prueba de esfuerzo?								
6. ¿Le han aconsejado que se hiciera algún examen para diagnóstico que se recluyera en un hospital o que se sometiera a una intervención quirúrgica que no se ha realizado?								
D) EN CASO DE SER MUJER:								
1. ¿Está embarazada? En caso afirmativo, cuántos meses tiene?								
2. ¿Ha tenido abortos, partos prematuros o dificultad en sus partos?								
3. ¿Ha tenido algún tumor o enfermedad en:								
a. ¿Los pechos?								
b. ¿La matriz?								
c. ¿Los ovarios?								
4. ¿Ha tenido hemorragias vaginales?								
5. ¿Son regulares sus periodos menstruales? Fecha de la última menstruación								
6. a. ¿Qué médico consulto últimamente?								
Nombre: _____								
Clínica: _____								
¿Cuándo? _____								
¿Para qué? _____								
Resultado de cualquier examen o laboratorio _____								
b. ¿De el nombre de los demás médicos, cirujanos o practicantes que le hayan asistido, tratado o a quien usted haya consultado por cualquier motivo o dolencia ya sea grave o no, en los últimos cinco años?								
Nombre: _____								
Clínica: _____								
¿Cuándo? _____								
¿Para qué? _____								
Resultado de cualquier examen o laboratorio _____								
¿Se le ha hecho alguna vez la prueba Wasserman o cualquier otra serología? Si es así, de el motivo, fecha y resultado:								

DETALLES: (Use el espacio a continuación para dar datos completos en caso de que cualquier pregunta del 5 al 8 haya sido “Sí”, especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación, dando la fecha, duración, gravedad, resultado, nombres con direcciones de médicos y hospitales, etc.)								

a. ¿Qué cantidad de bebidas alcohólicas consume usted a la semana?								
b. ¿Ha bebido en mayor cantidad anteriormente?								
c. ¿Ha recibido tratamiento por el uso de licor o narcóticos?								

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la Parte 1 y Parte 2 conjuntamente. El Propuesto asegurado ratifica ser exactas y sinceras las respuestas antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida, pudiendo ser causal de nulidad del contrato de seguro cualquier inexactitud u omisión contenidas en las mismas. El abajo firmante renuncia, exonera y revela expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que hubiese reconocido, atendido y/o asistido en dolencia o enfermedades. Así mismo autorizo en vida o posterior a mi deceso a los médicos, clínicas y hospitales y/o a cualquier miembro de su personal profesional, así como a cualquier médico. entidad gubernamental de salud, compañía de seguros, enfermera y/o profesional de la salud, instituciones financieras, cooperativas, buro de información médica que me hubiese prestado sus servicios a tenga información sobre mi historial médico, sea en la República de Panamá y/o en el extranjero, para que se suministre a la Cía. Internacional de Seguros, S.A. y a sus Reaseguradores, todos los datos y antecedentes patológicos y/o información contenida en análisis, diagnósticos, informes, declaraciones financieras, expedientes clínicos y/o registros profesionales referentes a mi salud, incluyendo copias fotostáticas de los mismos, para lo cual los releva de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dichos informes y/o copias fotostáticas en el pasado o presente.

Fecha en: _____ el día: _____ de: _____ de 20 _____

Testigo: _____ M.D. Firma del solicitante: _____



9. a. ¿Está usted solo con el solicitante? Si ☐ No ☐

b. ¿Tiene usted parentesco con el solicitante? Si ☐ No ☐

c. ¿Desde cuándo conoce al solicitante y que grado de intimidad tiene con él? _____

d. ¿Le parece que el solicitante tiene más edad que la declarada? Explique: _____ Si ☐ No ☐

e. ¿Tiene el solicitante apariencia delicada, anémica o enfermiza? Si ☐ No ☐

10. a. Estatura (con zapatos) _____ m. _____ cm.
_____ pies. _____ pulgs.

b. ¿Lo midió usted? Si ☐ No ☐

c. ¿Peso (con ropa ordinaria) _____ kilos. _____ lbs.

d. ¿Lo pesó usted? Si ☐ No ☐
(si el peso es 20% mayor o menor que el peso determinado medio debe pesarle en romano)

e. ¿Desde cuándo ha mantenido el peso actual?
Fecha: _____

f. ¿Cuál ha sido el peso máximo del solicitante?
Peso: _____
Fecha: _____

g. Medida del pecho al nivel del pezón
Expiración: _____
Inspiración: _____

h. Medida del abdomen al nivel del ombligo:

11. ¿Existe deformidad alguna, pérdida e miembro o menoscabo de vista u oído? Si hay defecto de vista u oído, de grado del menoscabo. ¿Es normal el otro ojo u oído?

12. ¿Existe antecedentes anormales de bocio o de tiroides?
(Describalos integralmente den las observaciones)

13. ¿Encuentra usted al examinador anormalidad alguna en:

a. El cerebro o sistema nervioso _____
b. Los reflejos, Pupilar _____ Rotuliano _____
c. Los pulmones o vías respiratorias _____
d. El estómago, los intestinos o cualquier órgano abdominal

e. Los riñones u órganos genitos-uritarios? _____

14. Presión Arterial

a. Hora _____ a.m. _____ p.m.
b. Sistólica _____ m.m. Diastólica _____ m.m.
Disminución del sonido (4a. fase) _____
Cesación del sonido (5a. fase) _____

15. Pulso por minuto:	Frecuencia del pulso	¿Es Rítmico?	Si no es rítmico, número de irregularidades
a. Solicitante sentado descansado.			
b. Inmediatamente despues de hacer ejercicio (25 brincos con cada pie)			
c. Dos minutos despues de hacer ejercicio			

16. Corazón
a. ¿Hay hipertrofia? _____
b. ¿Hay murmullo del corazón? _____
c. ¿Es Sistólico? _____ ¿Diastólico? _____ ¿Prestólico? _____
d. ¿Se transmite el murmullo? _____
e. ¿Diagnóstico del estado del corazón? _____
f. ¿Existen antecedentes de dolor precordial o torácico, respiración corta o indigestión aguda? (Dé datos completos en las observaciones).

g. ¿Hay antecedentes de amigdalitis, reumatismo u otra enfermedad infecciosa? (Dé datos completos en las observaciones)

DOCTOR: Si en las declaraciones al dorso de este formulario, el solicitante ha dado antecedente alguno de consulta médica o de tratamiento, sírvase indicar en las OBSERVACIONES, a continuación, si al practicarle el examen de la parte afectada hay rastro de dolencia alguna.

OBSERVACIONES:

¿Considera usted que el solicitante es un riesgo normal? Si ☐ No ☐

¿Es fumador? Si ☐ No ☐

Seg. Social N° _____

Examen practicado en: Residencia del Solicitante ☐ Lugar de trabajo del Solicitante ☐ Oficina del Médico Examinador ☐

Nombre del agente que pide examen: _____

Fechado el día: _____ de: _____ de 20 _____

Firma del examinador: _____ M.D. R.U.C. o Cédula: _____

Dirección y Teléfonos: _____