



**WorldWide**  
Medical

**AVISO IMPORTANTE**  
**LEER ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO ANEXO**

Las preguntas médicas detalladas en el formulario de solicitud de Seguro Médico Internacional anexo a esta comunicación, deben ser leídas y contestadas cuidadosamente.

No declarar condiciones médicas pre-existentes, o que en algún momento de su vida haya padecido (antes de la efectividad de la póliza), puede tener como consecuencia en un futuro la declinación de una reclamación o la cancelación de su póliza.

Igualmente, una falsa declaración detectada por la aseguradora ocasionaría la pérdida de sus derechos como asegurado.

Es importante hacer de su conocimiento, que al momento de presentarse una reclamación, la aseguradora verificará los récords médicos relacionados con el caso, razón por la cual la condición declarada en el formulario de solicitud del seguro debe ser coherente con el historial médico oficial.

A través de la firma de este documento, certifico y doy fe de haber leído las informaciones contenidas en este aviso.

---

Nombre Afiliado Principal

---

Firma Afiliado Principal

En Panamá, a los \_\_\_\_\_ día (s) del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.



WorldWide  
Medical

# Solicitud Suscripción Seguro de Gastos Médicos Mayores

Pág. 2 de 8

- ☐ Póliza Nueva ☐ Adición de Dependiente
- ☐ Rehabilitación ☐ Cambio de Plan

## Frecuencia de Pago

- ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Otra

Planes		Deducibles	
		Fuera de País de Residencia	Dentro de País de Residencia
<input type="checkbox"/> Signature Plus	I	<input type="text"/> 1,000	<input type="text"/> 1,000
<input type="checkbox"/> Excellence	II	<input type="text"/> 2,000	<input type="text"/> 2,000
<input type="checkbox"/> Otro	III	<input type="text"/> 3,000	<input type="text"/> 3,000
	IV	<input type="text"/> 5,000	<input type="text"/> 5,000
	V	<input type="text"/> 10,000	<input type="text"/> 10,000
	VI	<input type="text"/> 20,000	<input type="text"/> 20,000
	Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Contratante (Completar en caso de no ser el Asegurado Principal. De ser una persona jurídica, completar el formulario correspondiente)

Primer Nombre  Segundo Nombre

Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada

Fecha de nacimiento           Sexo ☐ F ☐ M Nacionalidad (es)

Cédula/Pasaporte  Edad

Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unido

País de Nacimiento  País de Residencia

Dirección de Residencia

Provincia / Distrito / Corregimiento / Urbanización / Calle / Casa o Apto. / Edificio

Tel. Residencia  Tel. Celular  Tel. Oficina

Fax  Correo Electrónico Personal

País(es) donde el contratante tributa por sus ingresos

Profesión  Empresa donde labora

Ocupación/Cargo

Dirección

Provincia / Distrito / Corregimiento / Urbanización / Calle / Casa o Apto. / Edificio

Actividad Económica de la Empresa  Empresa Propia ☐ Sí ☐ No

Email de la empresa  Jubilado ☐ Asalariado ☐ Independiente ☐

¿Es usted pagador? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es negativa, por favor colocar el nombre del Pagador y completar el formulario correspondiente:

País(es) donde el pagador tributa por sus ingresos



**WorldWide**  
Medical

# Solicitud Suscripción Seguro de Gastos Médicos Mayores

Pág. 3 de 8

## Solicitante o Asegurado Principal

Primer Nombre	<input type="text"/>	Segundo Nombre	<input type="text"/>
Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/> F <input type="text"/> M
Nacionalidad (es)	<input type="text"/>		
Cédula/Pasaporte	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Peso	<input type="text"/>	Lbs/Kgs	<input type="text"/>
Estatura	<input type="text"/>	Pies/Mts.	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/> Soltero <input type="text"/> Casado <input type="text"/> Divorciado <input type="text"/> Viudo <input type="text"/> Unido		
País de Nacimiento	<input type="text"/>	País de Residencia	<input type="text"/>
Dirección de Residencia	<input type="text"/>		
<small>Provincia / Distrito / Corregimiento / Urbanización / Calle / Casa o Apto. / Edificio</small>			
Tel. Residencia	<input type="text"/>	Tel. Celular	<input type="text"/>
Tel. Oficina	<input type="text"/>		
Fax	<input type="text"/>	Correo Electrónico Personal	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>	Empresa donde labora	<input type="text"/>
Ocupación/Cargo	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text"/>		
<small>Provincia / Distrito / Corregimiento / Urbanización / Calle / Casa o Apto. / Edificio</small>			
Actividad Económica de la Empresa	<input type="text"/>	Empresa Propia	<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No
Email de la empresa	<input type="text"/>		
Jubilado	<input type="text"/> Asalariado <input type="text"/> Independiente <input type="text"/>		
País(es) donde el asegurado tributa por sus ingresos	<input type="text"/>		

## Persona políticamente expuesta

Las Personas Políticamente Expuestas son aquéllas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, ej. Jefes de Estado o de gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos, entre otros. La designación de PEP incluye a su cónyuge y familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta?

Contratante  Sí  No

Titular  Sí  No

En caso afirmativo, cargo actual o anterior y tiempo en el cargo

<input type="text"/>
<input type="text"/>

## Perfil Financiero

Ingresos anuales actividad principal ☐ Menos de 10 mil US\$ ☐ 10 mil a 30 mil US\$ ☐ 30 mil a 50 mil US\$ ☐ Más de 50 mil US\$

Ingresos anuales por otras actividades ☐ Menos de 10 mil US\$ ☐ 10 mil a 30 mil US\$ ☐ 30 mil a 50 mil US\$ ☐ Más de 50 mil US\$

## Dependientes

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso	Estatura	Ocupación	Parentesco

¿Los hijos de 19 a 24 años son estudiantes a tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es afirmativa, mencione el nombre y el número de teléfono de la Universidad:

Nombre Hijo

Universidad  No. Teléfono

Nombre Hijo

Universidad  No. Teléfono

## Sección A

Según su mejor entendimiento y conocimiento, hay alguna persona nombrada en esta solicitud que haya padecido o padezca de alguna de las siguientes enfermedades:

- ¿Artritis, neuritis, reumatismo, osteoporosis, lumbago, hernia discal, escoliosis, u otros padecimientos de la columna vertebral u otros trastornos músculo esqueléticos? ☐ Sí ☐ No
- ¿Embolia, trombosis, migraña, dolores de cabeza u otros padecimientos cerebro vasculares? ☐ Sí ☐ No
- ¿Epilepsia, desmayos, mareos, crisis nerviosa, ansiedad, depresión, convulsiones u otros padecimientos del cerebro o sistema nervioso? ☐ Sí ☐ No
- ¿Visión defectuosa, glaucoma, cataratas, otitis, laberintitis, mala audición u otros padecimientos de la vista y/o del oído? ☐ Sí ☐ No
- ¿Presión arterial alta, problemas del corazón, soplos, valvulopatías, fiebre reumática, angina, infarto, varices, flebitis, patología cardíaca u otros padecimientos del Sistema Cardiovascular? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tuberculosis, enfisema, bronquitis, rinitis, sinusitis, amigdalitis, asma, alergias u otros padecimientos del Sistema Respiratorio? ☐ Sí ☐ No
- ¿Hernia hiatal, reflujo gastroesofágico, gastritis, úlceras, colitis, hepatitis, diverticulosis, hemorroides, problema de los intestinos, recto, hígado, vesícula biliar, páncreas y otros padecimientos del Sistema Digestivo? ☐ Sí ☐ No
- ¿Cálculos renales, nefritis, infecciones urinarias, sangre en la orina, padecimientos del riñón u otros padecimientos del Sistema Urinario? ☐ Sí ☐ No



## Pág. 5 de 8

22. ¿Abortos, dolor pélvico, endometriosis, tumores, quistes, cualquier tipo de masas, cervicitis, enfermedades de los senos, ovarios, trompas, trastornos menstruales, hemorragias menstruales, alteraciones menstruales o desórdenes de los órganos reproductivos?

3. ¿Haya tenido un examen físico, estudios diagnósticos o pruebas especializadas? Especifique. ☐ Sí ☐ No

Si usted ha indicado SI en alguna parte de la Sección A o Sección B, por favor indique por escrito la siguiente información.  
(Si se requiere más espacio para escribir, se puede dar más detalle en otra hoja).

Nombre del Paciente	Padecimientos y Fecha	Tratamiento y duración	Nombre y dirección del proveedor médico o centro de atención

Alguno de sus padres, hermanos o hermanas ha tenido tuberculosis, diabetes, cáncer, presión arterial alta, enfermedad del corazón o riñón?

☐ Sí ☐ No

¿Alguna compañía de seguros le ha declinado, aplazado, recargado o limitado un seguro de vida, de accidente o de salud a usted o a alguno de los dependientes nombrados? En caso de contestar afirmativo ¿Por qué razón?

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido o tiene Seguros de Gastos Médicos/Salud ?

☐ Sí ☐ No

Nombre de compañía

Número de Póliza

Nombre del Asegurado

Compañía Aseguradora

Tipo de Póliza

Fecha en que se emitió la póliza

d

d

m

m

a

a

a

a

Se encuentra vigente en la actualidad

☐ Sí ☐ No

¿Tuvo alguna reclamación?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo especificar

### Sección C. Beneficiarios Primarios

Favor indicar los beneficiarios del beneficio de Vida.

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	Nacionalidad	Ocupación	Parentesco	%

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Primarios es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

<div></div>	Parentesco	<div></div>	Cédula/Pasaporte	<div></div>
-------------	------------	-------------	------------------	-------------

### Beneficiario(s) Contingente(s)

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	Nacionalidad	Ocupación	Parentesco	%

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Contingentes es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

<div></div>	Parentesco	<div></div>	Cédula/Pasaporte	<div></div>
-------------	------------	-------------	------------------	-------------

### Comentarios adicionales

**Queda entendido y convenido que:**

a. Worldwide Medical Assurance Ltd. Corp., (en adelante “La Compañía”), se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud. La cobertura provista por La Compañía no entrará en vigor hasta que la solicitud sea recibida, aprobada y notificada por La Compañía.

b. Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas son completas y verdaderas. Si hubiera alguna(s) respuesta(s) falsa(s), inexacta(s), incompleta(s), fraude u omisión en esta solicitud, entonces el contrato podrá ser dado por terminado por La Compañía.

c. Con presentar una fotocopia o el original de este documento, autorizo voluntaria, libre y expresamente, durante toda la vigencia de la póliza, aún después de mi fallecimiento; a cualquier médico, profesional, hospital público o privado, clínica, Caja de Seguro Social u otra entidad o agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente, proveedor de servicio de salud, empleador, asegurador o tenedor de pólizas de grupo, todos estos ya sea que estén ubicados en el territorio de la República de Panamá o en el extranjero; para proveer a La Compañía o representantes autorizados, de copia del expediente clínico, de toda información que ésta requiera en relación con mi salud de cualquier naturaleza y en cualquier etapa de mi vida, registrada en cualquier medio, incluyendo, pero sin limitarse, registros respecto a consejos, indicaciones, cuidado (s) o tratamiento (s) proporcionado (s) a mi y/o a mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Esta es una manifestación libre y voluntaria, en pleno conocimiento de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, y demás normas afines. Por lo anteriormente manifestado, relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que le pueda comprometer por revelar, suministrar, mostrar o entregar copias simples o autenticadas de la información o documentación descrita anteriormente. Con la información o documentación facilitada, La Compañía puede realizar una evaluación adecuada sobre mi salud y la de mis dependientes, para determinar la cobertura de la póliza.

d. Autorizo a Worldwide Medical Assurance Ltd. Corp., La Compañía, a solicitar, gestionar y obtener ante cualquiera entidad de intermediación financiera y crediticia nacional o internacional, toda la información que sea considerada sobre mi historial de crédito, incluyendo de manera enunciativa y sin limitación alguna, a las obligaciones y transacciones comerciales que sean llevadas o pudiesen ser llevadas a cabo con cualquier entidad económica.

---

Firma del Contratante

---

Fecha

---

Firma del Asegurado Titular  
(si no fuera el contratante)

---

Fecha

---

Nombre del Corredor de Seguros

---

Firma del Corredor de Seguros