

# SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD GROUP BENEFITS

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

## DATOS GENERALES DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Apellido de Casada:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	C.I. / Pasaporte:		Lugar de Nacimiento (Ciudad / País) :			Nacionalidad:		Fecha de Nacimiento	
Estado Civil:		Dirección Residencial o Domicilio Fiscal / Calle / Avenida:						Casa / Edificio:	
Piso:	Apartamento N°:	Urbanización / Sector:		Provincia:		Apartado Postal:		País de Residencia:	
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Dirección de Correo Electrónico:					
Fax:		Profesión:		Ocupación Actual:			Describa sus funciones:		
Tiempo que lleva en esta ocupación:		Otras ocupaciones actuales:			Ocupaciones anteriores:				
Empresa donde trabaja:						Ingreso Mensual (\$):		Ingreso Anual (\$):	

Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País):			
1.	2.	3.	4.

## DATOS DEL CONTRATANTE (Si es diferente al PROPUESTO ASEGURADO)

Apellidos y Nombres / Razón Social:			Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		C.I. / Pasaporte / R.U.C.:		Vínculo o Relación con el Asegurado:		
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil:		Lugar de Nacimiento o Constitución (Ciudad/País):			Nacionalidad:		Fecha de Nacimiento o Constitución:	
Dirección Residencial o Domicilio Fiscal / Calle / Avenida:									
Casa / Edificio:		Piso:	Apartamento N°:	Urbanización / Sector:		Provincia:		Apartado Postal:	
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Dirección de Correo Electrónico:					
Fax:		Ingreso Mensual (\$):		Ingreso Anual (\$):		Ocupación Actual:			
Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País):									
1.		2.		3.			4.		

## PERIODICIDAD DEL PAGO

Periodicidad: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

## DATOS DEL GRUPO A ASEGURAR EN LA PÓLIZA

N°	Apellidos y Nombres	Parentesco	Nro. de CI o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso
1		Titular					
2							
3							
4							
5							
6							

COBERTURA GLOBAL BENEFITS A CONTRATAR (USD)						
<input type="checkbox"/> <b>GB Panamá</b> (solo aplica a residentes en Panamá)	Suma Asegurada		Deducible			
	USD 1,000,000		<input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000			
	Título o Grupo a Asegurar		Adicionales (Marque con una equis)			
	Para el Grupo a Asegurar (incluyendo Titular)		<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización <input type="checkbox"/> Seguro de Vida			
<input type="checkbox"/> <b>GB Integral</b>	Suma Asegurada		Deducible			
	USD 1,000,000		<input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000			
<input type="checkbox"/> <b>GB Vital</b>	Suma Asegurada		Deducible			
	USD 2,000,000		<input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000			
<input type="checkbox"/> <b>GB Premier</b>	Suma Asegurada		Deducible			
	USD 5,000,000		<input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000			
Otras Pólizas contratadas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (Salud)						
Nro.	Póliza Nro.	Empresa de Seguros	Suma Asegurada (USD)	La Póliza está (Marque con una equis)		Si la Póliza está anulada, indique Causa de Anulación
				Vigente	Anulada	
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO PROPUESTO Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS						
Declaración de Salud (Grupo a Asegurar incluyendo Titular)						
En caso de respuesta afirmativa a alguna pregunta, por favor en la sección "Observaciones" de esta Solicitud, indique el Número de la pregunta y detalle la información solicitada y el nombre del asegurado a incluir a quien corresponde tal respuesta afirmativa						
1.- ¿Usted y/o alguna de las personas a incluir en el seguro tiene planeado tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas? Si la respuesta es Sí, indique tipo de tratamiento o intervención a practicarse y fecha estimada.						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha presentado usted y/o alguna de las personas a incluir en el seguro un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad (Salud)? Si la respuesta es Sí, indique fecha, empresa aseguradora y causa del reclamo.						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (por ejemplo Heroína, Cocaína, Marihuana)? Si la respuesta es Sí, indique la sustancia y frecuencia de uso.						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha tenido algún cambio significativo de peso (más o menos 5 Kgs. de variación de su peso habitual) en los últimos cinco (5) años? Si la respuesta es Sí, indique aproximadamente cuál ha sido la variación de peso registrada.						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha sido donante de órganos? Si la respuesta es Sí, indique fecha y órgano donado.						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha recibido en donación algún órgano o transfusión de sangre? Si la respuesta es Sí, indique fecha y órgano recibido.						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha estado hospitalizado o internado como paciente en algún hospital, clínica o sanatorio o ha sido objeto de algún procedimiento quirúrgico ambulatorio en los últimos cinco (5) años? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique fecha, motivo de la estancia, nombre del hospital, clínica o sanatorio y médico tratante.						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro se ha practicado algún chequeo y/o consulta médica en los últimos cinco (5) años? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique fecha y motivo del chequeo o consulta médica.						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha: _____ Motivo: _____						

<p>9.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro se ha practicado alguna cirugía o intervención quirúrgica? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique fecha y motivo de la misma.</p> <p>Fecha: _____ Motivo: _____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>10.- ¿Practica usted o alguna de las personas a incluir en el seguro algún deporte o actividad que podría atentar contra su integridad física (por ejemplo submarinismo, carreras motorizadas, alpinismo, hipismo, paracaidismo, vuelo en ícaro, espeleología)? En caso de que su respuesta sea afirmativa, detalle el deporte o actividad.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>11.- Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro sufre o ha sufrido alguna vez de (En caso afirmativo subraye la enfermedad que corresponda e indique más abajo en la sección "Observaciones", la persona a incluir en el seguro que ha sufrido la enfermedad):</p>	
<p>a.- Enfermedades de la piel (Dermatitis, Vitiligo, Nevus, Carcinoma Baso), ojos (Glaucoma, Estrabismo, Cataratas), oídos, nariz o garganta (Desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis, Hipertrofia de Cornetes, Timpanocentesis, Timpanoplastia).</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>b.- Enfermedades Respiratorias: Ronquera, Tos Persistente, Sangre en el Espujo, Bronquitis, Asma, Enfisema, Tuberculosis, Pleuresía, Neumonía, Bronconeumonía, Neumotorax, Derrame Pleural, Absceso Pulmonar, Tromboembolismo Pulmonar, Hipertensión Pulmonar, Apnea del Sueño.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>c.- Enfermedades Cardiovasculares: Hipertensión Arterial, Infarto al Miocardio, Arritmia Cardíaca, Aneurisma, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arterioesclerosis, Insuficiencia Cardíaca, Síncope, Pericarditis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Várices).</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>d.- Enfermedades Digestivas: Esofagitis, Hernia Hiatal, Gastritis, Úlcera Péptica, Afecciones Hepáticas (Absceso Hepático, Hepatitis Viral Aguda o Crónica, Cirrosis Hepática), Cálculos Vesiculares, Hemorroides, Alteraciones Pancreáticas (Pancreatitis, Fibrosis Quística, Tumor de Páncreas), Recto (Fisura y Absceso Anal), Enfermedad Diverticular de Colon, Recto Colitis Ulcerosa, Poliposis Colónica y Gástrica, Alergia Gastrointestinal.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>e.- Enfermedades Genito-Urinarias: Albúmina, Sangre, Pus, o Infecciones en la Orina (Cistitis, Pielonefritis), Cálculos u otra alteración en los Riñones, Vejiga o Próstata, Varicocele, Fimosis, Parafimosis, Enfermedad Congénita del Riñón y la Uretra.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>f.- Enfermedades de Transmisión Sexual, VPH Genital, Infecciosas o Parasitarias (Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis, Meningitis, Amebiasis, Bilharzia).</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>g.- Enfermedades de la Mujer: Sangramiento Genital, Fibroma Uterino, Endometriosis, Prolapso Genital, Incontinencia Urinaria, Afecciones en las Trompas y/o Ovarios (Quiste de Ovarios), Glándulas Mamarias (Fibroadenomas, Enfermedad Quística Mamaria, Galactorrea), Osteoporosis, Osteopenia, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Pólipos Endometriales.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>h.- Enfermedades Osteomusculares: Neuritis, Lumbociatalgia, Gota, Artritis Reumatoidea, Lupus Eritematoso Sistémico, Osteoartritis, Hernias Disciales, Desviación de la Columna Vertebral, Trastornos de los Ligamentos de las Rodillas y Meniscos, Bursitis, Síndrome del Manguito Rotador.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>i.- Enfermedades del Sistema Endocrino: Hiperinsulinismo, Diabetes, Obesidad, Hipófisis, Tiroides (Bocio, Tiroiditis, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo), Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>j.- Enfermedades del Sistema Nervioso: Epilepsia, Convulsiones, Parálisis, Retardo Mental, Mareos, Polineuropatías, Vértigos, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer, Miastenia Gravis.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>k.- Enfermedades Hematológicas: Anemia, Mieloma Múltiple, Púrpura Trombocitopénica, Trasplante de Médula Ósea.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>l.- Ganglios Linfáticos inflamados, Quistes, Tumores Benignos, Adenomas Benignos de la Mama, Mononucleosis Infecciosa, Citomegalovirus, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>m.- Cáncer.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>n.- Defecto Físico, Anomalía o Enfermedad Congénita o Adquirida.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>o.- Trastornos del Desarrollo Psíquico y/o Somático.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>p.- Alteración en la Menstruación o en algún Embarazo, en los órganos femeninos o en los senos.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>q.- Cualquier otra enfermedad o afección no indicada en los literales anteriores. Por favor detalle.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>12.- ¿Alguna de las mujeres a ser incluidas en el seguro está embarazada?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

**Observaciones:**

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada afirmativamente, identifique la persona a incluir en el seguro que se afectó y detalle. En caso de enfermedades describa diagnóstico, fecha, duración, nombre y dirección de los médicos que lo atendieron. Adjunte informe médico o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones y/o documentos relacionados con la enfermedad y/o padecimiento declarado.

Preg. Nro.	Parentesco	Edad	Condición	Fecha de Inicio (mm/dd/aaaa)	Duración en Meses	Tratamiento	Nombre del Médico	Dirección del Hospital o Institución
						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

¿Algún familiar de usted o de alguna de las personas a incluir en el seguro ha padecido Tuberculosis, Diabetes, Cáncer, Enfermedades del Corazón o de los Riñones, Enfermedad Mental o ha cometido Suicidio? En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique los datos que se solicitan en la siguiente tabla: ☐ Sí ☐ No

Apellidos y Nombres de la persona a incluir en el seguro	Parentesco con el familiar que padeció la enfermedad o cometió suicidio	En caso de que el familiar haya fallecido, indique:	
		Causa del Fallecimiento	Edad al Fallecer

En caso de solicitar alguna condición especial de aseguramiento, por favor detalle:

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS (Seguro de Vida)						
Nr o.	Primer Apellido / Segundo Apellido	Primer Nombre / Segundo Nombre	Parentesco	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cédula	Porcentaje
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

La suma de los porcentajes de participación debe ser igual al cien por ciento (100%), de no cumplirse esto, se repartirá el capital asegurado entre los beneficiarios principales, en partes iguales.

**Declaración del Solicitante Titular / Tomador - DECLARACIÓN DE FE**

Declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes o beneficios, derivados de actividades ilícitas o de delitos de legitimación de capitales.

Declaro(amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto, pudiendo ser causal de nulidad del contrato de seguro cualquier inexactitud u omisión contenidas en las mismas.

Autorizo(amos) la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización del Asegurador. Así mismo autorizo a los médicos, clínicas y hospitales o a cualquier miembro de su personal profesional, así como a cualquier médico, entidad gubernamental de salud, compañía de seguros, enfermera o profesional de la salud que me hubiese prestado sus servicios o tenga información sobre mi historial médico, sea en la República de Panamá, República Bolivariana de Venezuela o en otro país para que suministre a Mercantil Seguros y Reaseguros, S.A. todos los datos y antecedentes patológicos o información contenida en análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales referentes a mi salud.

#### AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN PROFESIONAL

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, 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 doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional, a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. Por este medio renuncio, exonero y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen a cualquier registro profesional, observación o dato confidencial al Asegurador arriba mencionado.

Al solicitar este seguro, declaro que las afirmaciones y respuestas que anteceden son correctas. Igualmente autorizo a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. para que solicite cualquier información que requiera para la emisión de este seguro y me reservo el derecho de cambiar de beneficiarios, conforme a las normas establecidas por MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

#### AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO

Doy mi consentimiento y autorizo a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comercial que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Lugar y Fecha Declaración: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres Tomador:	C.I. / Pasaporte / R.U.C.:	Firma Tomador:
Apellidos y Nombres Solicitante Titular:	C.I. / Pasaporte / R.U.C.:	Firma Solicitante Titular:
Apellidos y Nombres Agente, Corredor o Productor:	C.I. / Pasaporte / R.U.C.:	Firma y código del Agente, Corredor o Productor:

#### OBSERVACIONES (ESPACIO PARA EL ASEGURADOR)