

SEGURO DE VIDA

ANEXO- CUESTIONARIO DE SALUD CORONAVIRUS/COVID -19

Favor completar para propósito de suscripción como complemento a la Solicitud de Seguro de Vida presentada. Este deberá ser completado o su solicitud no será procesada

SOLICITUD N° PARA SER INCORPORADO EN LA POLIZA N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:		Nombres	
Sexo: F [] M []	Cédula No.:	Seguro Social No.:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Lugar de Nacimiento:	
Dirección residencial:			Teléfono:

II. DECLARACIÓN DE SALUD

Con pleno conocimiento de que, la reticencia o la falsedad dejan sin efecto este seguro, doy respuesta de buena fe a las siguientes preguntas: Conteste SI o NO. (Si su respuesta es afirmativa explique en los espacios destinados al efecto o al reverso de la hoja.)

	SI/NO/Fecha
1. ¿En los últimos 3 meses ha resultado positivo para COVID-19?	
2. ¿Ha estado auto-Aislado con síntomas de COVID-19 por consejo Médico?	
3. ¿Si la pregunta 2 es afirmativa, en qué fecha fue esto?	
4. ¿En el último mes se le aconsejó auto aislarse debido a COVID-19 (Excluyendo las órdenes gubernamentales obligatorias de permanecer en casa)?	
5. ¿En el último mes tuvo tos persistente, fiebre, temperatura elevada o estuvo en contacto con un individuo sospechoso o confirmado de tener COVID -19?	
6. ¿En caso de contestar afirmativo las preguntas 4 o 5, se ha recuperado completamente y ha regresado a sus actividades normales?	
7. ¿En caso que la pregunta 6 sea afirmativa, en qué fecha fue esto?	

DECLARADO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

- Todas las declaraciones contenidas en este formulario, así como también

El presente cuestionario, junto con cualquier otro documento completado con respecto a mi Solicitud, será parte integrante de la Póliza de seguro de vida.

Entiendo que la información consignada en este cuestionario es verdadera, no habiendo por mi parte ocultado nada que pueda desvirtuar la apreciación del riesgo, cuya responsabilidad asumo íntegramente aunque un tercero hubiera completado este cuestionario, afirmando no tener nada más que declarar.

Autorizo a la Compañía de Seguros para solicitar informes a todo médico y/o institución médica que me haya atendido en cualquier momento con referencia a mi estado de salud física y/o mental y/o para solicitar información a toda compañía de seguros a la que hubiera presentado una solicitud para contratar un seguro de vida, prestando mi conformidad para que dicha información sea suministrada. Esta AUTORIZACIÓN está de acuerdo con la ley No. 68 del 20 de Noviembre del 2003, promulgada en la Gaceta Oficial No. 24,935.

Asimismo comprendo que la Compañía podrá solicitar verificación independiente con respecto a cualquiera de las declaraciones efectuadas en este cuestionario si así lo considera necesario.

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 médicamente 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 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 reconocerse 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

Fecha Día/ Mes / Año

“Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá”