



**SEGUROS FEDPA, S.A.**  
"La Fuerza Protectora"

CALLE 50 Y ESQUINA CON CALLE COLOMBIA, CASA # 26,  
TELEFONOS: 340-8400 FAX: 264-9069 264-4205  
Suc. Las Tablas, Telefax: 994-7384 Suc. David - Chiriquí, Telefax: 774-7526 / 28  
Suc. Santiago, Telefax: 998-1132 Suc. Ponomé, Tels.: 997-9976 Fax: 997-9970  
Suc. Colón, Tels: 441-9714 / 4838 / 6249 Suc. Chorrera, Tel.: 244-4028 / 7659  
Sucursal Chitre, Teléfono: 996-3830 Telefax: 996-3838

Colectivo de Vida  
 Protección de Préstamos  
Monto: \_\_\_\_\_  
Plazo: \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE SALUD**

**I- Datos Generales**

Nombre de la Cooperativa: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección del Solicitante: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Cédula del Solicitante: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Jubilado:  Pensionado:  Planilla \_\_\_\_\_

**II. Historia Médica:**

**A. Información General**

	Sí	No
1 ¿Ha consultado a un médico en los últimos doce meses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿ Ha estado alguna vez hospitalizado o ha sido alguna vez sometido a intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Tiene ud que someterse a una operación quirúrgica o cualquier otro tratamiento que requiera hospitalización en un futuro cercano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B Información Específica**

	Sí	No		Sí	No
1 ¿Padece de enfermedad del corazón o tiene presión alta o baja ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 ¿Padece de úlceras o alteraciones digestivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿ Padece de enfermedades pulmonares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Tiene algún problema de salud Lesión, enfermedad, incapacidad o deformidad no que no se haya mencionado en esta sección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿ Padece de reumatismo, artritis o cualquier enfermedad de los huesos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 ¿ Está usted embarazada ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿ Padece de enfermedades de los nervios o epilepsia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 ¿ Cuántos meses de embarazo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿ Padece de enfermedades de los riñones la vejiga o la próstata ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 ¿ Ha tenido algún embarazo anormal, aborto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ¿ Padece o ha padecido de cáncer o tumor canceroso ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 ¿ Se encuentra usted en la menopausia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿ Padece de diabetes, gota, bocio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 ¿ Fuma ? Cuántos cigarrillos, puros, tabaco al día ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ¿ Padece del síndrome de inmune deficiencia adquirida(SIDA) o del complejo relacionado al SIDA (AIDS) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Ingiere licor ? Indique la frecuencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			17 Toma algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			De el nombre: _____		

**III. Si ha contestado afirmativamente a cualquiera de las preguntas arriba listadas, favor detallar, Fechas y Diagnóstico**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico que las respuestas arriba anotadas son verdaderas y completas y se ofrecen para los efectos del seguro.

Estoy de acuerdo en que si cualesquiera de las respuestas son falsas o están incompletas no habrá seguro y esta cobertura no entrará en vigor.

**V. AUTORIZACIÓN A MI MEDICO DE CABECERA Y A LOS HOSPITALES**

Este formulario (o copia fotostática del mismo) los autoriza a ustedes a dar a SEGUROS FEDPA, S.A. Cualesquier información que ustedes tengan en relación a mi historia médica, clínica, diagnósticos médicos, tratamientos o de laboratorios, y sus conclusiones.

Expresamente renuncio a nombre mío y de cualquier persona que pueda tener interés en cualquier póliza emitida en virtud de este seguro, a cualesquier provisiones de la Ley que prohiban a cualquier médico u oficial o empleado de hospital, o a otra persona que en el pasado me haya atendido o examinado o a quien de aquí en adelante pudiera atenderme o examinarne, o a quien haya consultado o pudiera haber consultado, a revelar cualquier información sobre mi estado de salud y a dar testimonio sobre la misma, expresamente autorizo a dichas personas a revelar la información médica solicitada.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Analista: \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

Por medio del presente documento, asigno mis beneficiarios los que declaro a continuación

<b>BENEFICIARIOS PRINCIPALES</b>				
<b>NOMBRE</b>	<b>CEDULA</b>	<b>EDAD</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>%</b>

<b>BENEFICIARIOS CONTINGENTE</b>				
<b>NOMBRE</b>	<b>CEDULA</b>	<b>EDAD</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>%</b>

En caso de que el beneficiario sea menor de edad, el Curador o Tutor será: \_\_\_\_\_

Certifico y declaro que los beneficiarios arriba solicitado lo hago en mi sano juicio y en mi pleno uso de mis facultades.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_