



**SEGUROS  
FEDPA, S.A.**  
"La Fuerza Protectora"  
100% Panameña



CALLE 50 Y ESQUINA CON CALLE COLOMBIA, CASA # 26,  
TELEFONOS: 340-5400 FAX: 264-9069 264-4205  
Suc. Las Tablas, Telefax: 994-7384 Suc. David - Chiriquí, Telefax: 774-7626 / 28  
Suc. Santiago, Telefax: 998-1132 Suc. Penonomé, Tels.: 997-9976 Fax: 997-9970  
Suc. Colón, Tels.: 441-9714 / 4838 / 6249 Suc. Chorrera, Tel.: 244-4028 / 7669  
Sucursal Chitre, Teléfono: 996-3830 Telefax: 996-3838

- Colectivo de Vida  
 Protección de Préstamos  
 Protección de Degravamen  
MONTO: \_\_\_\_\_  
PLAZO: \_\_\_\_\_  
PRESTAMO NUEVO  REFINANCIAMIENTO

CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS ABAJO 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

**DECLARACION DE SALUD**

**I- Datos Generales**

Nombre de la Cooperativa: \_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección del Solicitante: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Cédula del Solicitante: \_\_\_\_\_ Estatura: Cms. \_\_\_\_\_ Mts.: \_\_\_\_\_ Libras: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

**II. Historia Médica:**

**A. Información General**

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Goza usted de buena salud actualmente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha consultado a un médico en los últimos cinco años?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado o ha sido alguna vez sometido a intervención quirúrgica?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿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"/> |
| 5. ¿Alguna vez, su seguro de vida o saldo deudor ha sido rechazado o recargado?   | <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"/> | 11.- ¿Alguna vez ha sido diagnosticado por Cataratas, glaucoma, pterigion, chalazion, ceguera parcial o total o cualquier otra alteración de los ojos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Padece de enfermedades pulmonares?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12.- 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"/> | 13.- ¿Está usted embarazada?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿Padece de enfermedades mentales o de los nervios o epilepsia?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14.- ¿Cuántos meses de embarazo?   |                          |                          |
| 5.- ¿Padece de enfermedades de los riñones la vejiga o la próstata?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15.- ¿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"/> | 16.- ¿Ha tenido alguna enfermedad del seno, útero o Ovarios?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.- ¿Padece de diabetes, gota, bocio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17.- ¿Fuma? Cuántas cigarrillos, puros, tabaco al día? _____   |                          |                          |
| 8.- ¿Padece del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o del complejo relacionado al SIDA (AIDS)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18.- ¿Ingiere licor? Indique la frecuencia. _____  |                          |                          |
| 9.- ¿Padece de úlceras o alteraciones digestivas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19.- Toma algún medicamentos? _____  |                          |                          |
| 10.- ¿Padece de desordenes de la espalda, columna cervical?   | <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**

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

**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.** Cualesquiera información que ustedes tengan en relación a mi historia médica, clínica, diagnósticos médicos, tratamientos o de laboratorios y sus conclusiones. Expresamente renunció a nombre mío y de cualquier persona que pueda tener interés en cualquier póliza emitida en virtud de este seguros, 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: \_\_\_\_\_

"Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá"

ARTE Y DISEÑO CRSE - CEL.: 6635-0658