

DECLARACIÓN DE BUENA SALUD Y ASEGURABILIDAD

Grupo LIFE, AD&D - Cuestionario de 65 años o más
(Panamá)

Nombre en Letras Molde.....

Número de Cédula:.....Fecha de nacimiento (DD/MM/AA).....

Por favor Responda SI o NO a las siguientes 7 preguntas

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1) ¿Alguna vez le han tratado o diagnosticado con algún tipo de cáncer o le han dicho que una afección actual puede ser cancerosa? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 2) ¿Alguna vez ha sido tratado o diagnosticado como VIH positivo, con SIDA o ARC (Complejo Relacionado con el SIDA)? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 3) ¿Alguna vez le han tratado o diagnosticado una afección cardíaca? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 4) ¿Alguna vez le han tratado o diagnosticado un accidente cerebrovascular? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 5) ¿Alguna vez ha recibido tratamiento o le diagnosticaron presión arterial elevada? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 6) ¿Alguna vez ha recibido tratamiento o le diagnosticaron diabetes? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 7) ¿Alguna vez ha sido tratado o diagnosticado con Enfermedad Renal? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |

Si ha respondido "SI" a cualquiera de las 7 preguntas, no aplica para este programa..

Si ha respondido 'NO' a todas las preguntas, por favor continúe:

Desde el lanzamiento de esta iniciativa a partir del 27 de mayo de 2020 el Asegurado Propuesto:

- (1) ha continuado en buena salud,
- (2) no ha presentado una solicitud de seguro que haya sido rechazada, pospuesta o modificada,
- (3) no tiene ninguna otra solicitud de seguro pendiente en ninguna otra compañía en la actualidad,
- (4) no ha consultado o sido examinado por un médico o profesional y,
- (5) su asegurabilidad como riesgo de seguro de vida no ha sido cambiada por ningún evento o circunstancia.

Si hay alguna Condición a cualquiera de las instrucciones anteriores, proporcione todos los detalles en el espacio proporcionado. **CONDICIONES**

Especiales: _____
_____.

El Asegurado Propuesto confirma que las respuestas anteriores son verdaderas y completas y que se han indicado todas las excepciones si las hubiera.

Firmado en Panamá, a los _____ del mes de _____ del año 20_____.

Testigo

Firma del solicitante



Adjuntarse al Formulario de Solicitud de VIDA DEL GRUPO.