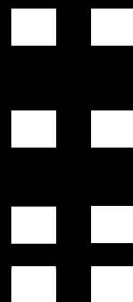
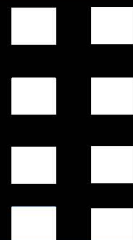


SOLO PARA MUJERES.
Según su saber y entender:



SOLO PARA HOMBRES.
Según su saber y entender:



Historia Familiar.

1. AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACION 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 Optima Compañía de Seguros o a mi corredor de seguros; estando en vida o después de haber fallecido. Renuncio, exoneró y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen de cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la compañía arriba mencionada

2. CONDICIONES ESPECIALES Y LIMITACIONES ACEPTADAS POR EL SOLICITANTE.

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud y que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento.

Expresamente renuncio en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés con cualquier póliza emitida en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que prohíba a un médico u otra persona que me haya asistido o examinado, o que me pueda examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento o información adquirida por tal médico.

Por este medio hago constar que todas las declaraciones hechas aquí, así como las hechas al médico examinador son verídicas y han sido suministrada por mí a fin de obtener la póliza solicitada y convengo en que:

- 1. La compañía no contraerá fraude.
- 2. Cualquier promesa o declaración hecha por un agente u otra persona no abligará a la Compañía a menos que se haga por escrito y sea aprobada por la Compañía.
- 3. Mi aceptación de la póliza que se emita en base a esta solicitud, constituirá el perfeccionamiento legal del contrato, y mi conformidad con cualquiera de los cambios anotados por la Compañía en el espacio "Observaciones".
- 4. Si dentro de treinta (30) días a partir de la fecha de esta solicitud no recibiere la póliza o si no notificará su aprobación o rechazo durante tal período, se considerará rechazada.
- 5. Acepto que el pago de cualquier prima inicial que se consigne para la tramitación de esta solicitud solo conllevará la responsabilidad de la Compañía que se estipule en el Recibo Condicional identificado con el mismo número de esta solicitud. El pago que la Aseguradora se obliga efectuar de conformidad con los mismos términos y condiciones del Recibo Condicional, está basado únicamente y exclusivamente en la mera liberalidad de la Aseguradora de hacer dicho pago en la forma allí establecida, quedando entendido que el mencionado Recibo Condicional, no es la póliza de Seguros. Convengo en que cualquier pago que la Aseguradora efectuó en la base al Recibo Condicional no será en ningún caso mayor de \$25,000.00 aunque el pago inicial recibido para la tramitación de esta solicitud sea por la totalidad de la suma asegurada solicitada.
- 6. Si no fuere hecho pago con esta solicitud, no existirá responsabilidad alguna de parte de la compañía, en base al Recibo condicional o cualquier otro documento, sino hasta que entregada una póliza estando yo en buena salud y sea pagada la primera cuota.
- 7. Acepto todos los términos y condiciones contenidos en el Recibo Condicional.

Firmado en _____, el _____ de _____ de _____

Firma propuesto Asegurado

Firma del Contratante o dueño de la Póliza
(solo si es diferente al Propuesto Asegurado)

Firma y código del Corredor

Para ser llenado por el (los) corredor(es)

- 1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?
- 2. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante?
- 3. ¿Cuál es la finalidad del seguro?
- 4. ¿Recomienda usted al solicitante tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos, reputación?

Observaciones:

Firma y código del Corredor

Firma de la Agencia

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

El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A., al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.