Sello del Corredor

MAPFRE | PANAMÁ

Solicitud de Inscripción de Seguro Colectivo
Con Cuestionario Médico

Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este
Edificio P.H. – GMT-P.B.
Panamá, Ciudad de Panamá
Apartado Postal 0816-03629
Teléfonos: (507) 378-3900 Fax: (507) 378-9888
R.U.C.: 597-46-103707 D.V.:98
MAPFRE | PANAMÁ
www.mapfre.com.pa

Favor completar la información requerida de manera electrónica o con letra imprenta y legible.

DATOS GENERALES

Certificado nuevo ◯ Adición de dependientes ◯

Nombres		Apellidos	
Fecha de nacimiento	(día) (mes) (año)	Cédula/ Pasaporte	
Estado civil	Soltero ◯ Casado ◯ Unido ◯	Sexo F ◯ M ◯	Fecha de ingreso laboral:
Nacionalidad		País de residencia	
Seguro social		Profesión	
Ocupación		Ingreso mensual aprox.	
Teléfono residencial		Teléfono celular	
Correo electrónico		Miembro dominante	Izquierdo ◯ Derecho ◯
Estatura	metros ◯ pies ◯	Peso	libras ◯ kilogramos ◯
Médico de cabecera		Especialidad	
Dirección residencial	(Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)		
Lugar o lugares donde tributa por sus ingresos(*)			
En caso de ser diferente a Panamá indicar el(los) número(s) de Identificación tributaria			

Las personas políticamente expuestas son aquellas personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos o familiar cercano o estrecho colaborador de cualquier categoría de persona expuesta políticamente (extranjero, nacionales o de organismo internacional). Se considerará persona políticamente expuesta desde el momento de su nombramiento hasta su separación del cargo y por un periodo posterior no mayor de dos (2) años desde el momento que cesa de ejercer funciones u obligaciones.

¿Eres una persona políticamente expuesta? (*) Sí ☐ No ☐ Relación / Cargo: _____

Desde:_____ (dd/mm/aaaa) Hasta:_____ (dd/mm/aaaa) Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre:_____

Cédula / Pasaporte:_____

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Contratante o grupo							
N° de Póliza		Fecha efectiva		Clase		Suma asegurada	B/.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo del Beneficiario	Cédula/ Pasaporte	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Porcentaje (%)

Si al momento de mi fallecimiento, alguno(s) de los beneficiarios es menor de edad, la parte que le corresponda será entregada a _____con cédula nº_____, quien ha sido instruido por mi sobre la forma en que deberá proceder con la suma que reciba de la aseguradora, sin que por esto se considere a dicha persona como beneficiaria.

Designo como beneficiario contingente a _____con cédula n° _____.

Tipo de Seguro	Sí	No	Nombre del Asegurado	Aseguradora	Número de Póliza
Salud	☐	☐			
Vida	☐	☐			
Accidentes Personales	☐	☐			

INFORMACION DE DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA COBERTURA DE SALUD

Favor completar la siguiente información sobre los dependientes de la Póliza (los dependientes mayores de 18 años de edad deben ser estudiantes de tiempo completo; adjuntar último recibo de matrícula)

Nombre completo	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento	Médico de cabecera/ Especialidad	Peso	Estatura

CUESTIONARIO DE SALUD

¿Alguna vez usted o algún dependiente nombrado ha tenido alguna(s) condición(es), signo(s) o síntomas(s) manifestados y/o evidentes que aún no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones? Marque con una **X** su respuesta.

PREGUNTAS	SÍ	NO
1. Padecimientos Cerebrovasculares incluyendo migraña, dolores de cabeza, embolia y otros		
2. Padecimientos del Cerebro o Sistema Nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia y otros		
3. Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, angina de pecho, colesterol o triglicéridos altos y otros		
4. Padecimientos de la vista o de los oídos		
5. Padecimientos del Sistema Respiratorio incluyendo asma, hiperactividad bronquial y otros		
6. Sistema Digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo gastroesofágico y otros		
7. Padecimientos del Sistema Urinario		
8. Padecimientos de los Órganos Reproductores Masculinos o Femeninos incluyendo endometriosis y otros		
9. Padecimientos Sanguíneos o Trastornos de la Coagulación		
10. Diabetes y/o hiperglicemia		
11. Padecimientos Tiroideos y/o de la Piel		
12. Padecimientos del Sistema Músculo Esquelético incluyendo artritis, osteoartrosis, y otros		
13. Cualquier tipo de quistes, nódulos , tumores o cáncer		
14. Problemas alcohólicos o problemas de drogas		
15. Problemas de la columna vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago y otros		
16. ¿A usted o a sus dependientes se le ha realizado algún examen especial, de laboratorio, ultrasonido, mamografía o laparoscopia?		
17. ¿Ha estado usted o alguno de sus dependientes recluido en un hospital o institución similar?		
18. ¿Está usted o alguno de sus dependientes nombrados embarazada actualmente?		
19. ¿Ha recibido usted o alguno de sus dependientes nombrados transfusiones de sangre?		
20. ¿Practica usted o alguno de sus dependientes algún tipo de deporte profesional o amateur?		
21. ¿Hay o ha habido alguna condición médica, signo, síntoma o accidente que no se haya mencionado en este cuestionario?		
22. ¿Alguna vez alguna aseguradora le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes o de salud a usted o algunos de sus dependientes?		
23. ¿Ha solicitado o recibido beneficios médicos del Estado?		
24. ¿Ha sido hospitalizado en UCI o ha requerido ventilación mecánica por COVID hace menos de 1 año?		

Si ha respondido **SI** a cualquiera de las preguntas anteriores o ha padecido de algún trastorno de la salud no mencionado en esta solicitud, favor especificar número de pregunta, nombre del paciente, diagnóstico, cirugía o tratamiento y/o medicamentos recomendados, fecha, nombre del médico y hospital en donde se atendió:

Pregunta No.	Nombre de la persona	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha ocurrido (dd/mm/aaaa)	Médico tratante y hospital

AUTORIZACION PARA OBTENCION DE INFORMACION

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley Nº68 de 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que trascienda aún después de mi fallecimiento, mi libre intensión en autorizar a todo médico, hospital, clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de servicio de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país extranjero, que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, prediagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionadas a mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia autentica de mi Cuadrícula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a dar a MAPFRE Panamá, S.A. o a su representante autorizado esta información.

También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mí o mis dependientes a dar información a MAPFRE Panamá, S.A., o a su representante autorizado. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original. Con esta manifestación de voluntad libre y espontánea, autorizo a los hospitales, médicos, laboratorios, clínicas o cualquiera otra similar, en donde haya sido atendido, a entregar MAPFRE Panamá, S.A. o sus representantes, cualquier información que guarde relación con lo antes expuesto.

Por todo lo anterior relevo y libero a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia auténtica de dicha información y documentación arriba descrita. El suministro de dicha información es esencial para que MAPFRE Panamá, S.A. pueda hacer una justa valoración de la solicitud del seguro y cualquier reclamación futura que se presente una vez emitida y entregada la póliza.

CERTIFICACIÓN: Certifico que las respuestas y declaraciones en esta solicitud son verdaderas, están completas y no existe ninguna omisión de información, error, inexactitud o reticencia de mi parte y de ser así, y de emitirse la póliza, acepto las penalidades que se establezcan en esta materia, en la póliza, como lo es la negación del reclamo y la cancelación de la póliza emitida sin perjuicio para la aseguradora.

"El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios o de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud, a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en www.mapfre.com.pa, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional"

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar) :

Sí ◯ No ◯ Para nacionales: favor incluya copia de su cédula de identidad personal

Para extranjeros: favor incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país.

Firma del Asegurado Principal		Fecha	
Firma Administrador del Grupo		Fecha	
DATOS DEL CORREDOR			
Nombre o razón social		Nº Licencia	
Firma del Corredor		Fecha	
SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA			
Nombre y apellido del colaborador que revisa			
Cargo/ Ocupación		Firma	Fecha

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