

**MAPFRE PANAMÁ**

Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este Edificio
Edificio GMT, 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

Solicitud de Inscripción de Seguro Colectivo Sin Cuestionario Médico

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 ☐
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: _____ Hasta: _____ Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____			
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) 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 de 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 n° _____, 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° _____.

Queda entendido y acordado que el presente seguro no se hará efectivo hasta que sea aprobado y emitido, además ningún seguro será efectivo hasta que esté trabajando activamente en mi lugar regular de trabajo regular o después de la fecha efectiva del Convenio de Afiliación de mi empleador.

Esta solicitud de Seguro Colectivo de Salud es exclusiva para grupos de 50 asegurados o más y asegurados menores de 50 años.

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

INFORMACIÓN 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

AUTORIZACION PARA OBTENCION DE INFORMACION

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley N°68 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.

AUTORIZACION ESPECÍFICA PARA EL CORREDOR

Autorizo al corredor a que reciba y acepte en mi nombre cualquier información, solicitud de información o notificación por parte de la Aseguradora al igual que la póliza efectiva. Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor a MAPFRE Panamá, S.A. con relación a esta póliza se entenderá que la hace en mi nombre y representación para todos los efectos legales.

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.

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

Esta solicitud de Seguro Colectivo de Salud es exclusiva para grupos de 50 asegurados o más y asegurados menores de 50 años.