



**Solicitud de Inscripción de Seguro Colectivo
Con Cuestionario Médico**

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

DATOS GENERALES					
Certificado nuevo <input type="radio"/>		Adición de dependientes <input type="radio"/>			
Nombres		Apellidos			
Fecha de nacimiento		(día)	(mes)	(año)	Cédula/ Pasaporte
Estado civil		Soltero <input type="radio"/>	Casado <input type="radio"/>	Unido <input type="radio"/>	Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Nacionalidad		País de residencia		Fecha de ingreso laboral:	
Seguro social		Profesión			
Ocupación		Ingreso mensual aprox.			
Teléfono residencial		Teléfono celular			
Correo electrónico		Miembro dominante		Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>
Estatura		metros <input type="radio"/> pies <input type="radio"/>		Peso libras <input type="radio"/> kilogramos <input type="radio"/>	
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					
<p>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.</p>					
<p>¿Eres una persona políticamente expuesta? (*) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Relación / Cargo: _____</p> <p>Desde: _____ Hasta: _____ Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____ (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)</p> <p>Cédula / Pasaporte: _____</p>					

DATOS DE LA POLIZA					
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 nº _____.

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 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

¿Tiene o ha tenido usted o alguno de los dependientes nombrados, alguno de los siguientes seguros?						
Tipo de Seguro	Sí	No	Nombre del Asegurado	Aseguradora	Número de Póliza	
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Accidentes Personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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, osteoartritis, 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

En caso de solicitar sus pagos por transferencia bancaria favor documentar los siguientes datos:

Nombre Completo del Banco _____

Tipo de Cuenta Ahorro Corriente Número de Cuenta con guiones _____

De realizar cambios en la cuenta, deberá notificar por escrito a MAPFRE PANAMÁ para realizar los cambios oportunamente. Favor adjuntar a este documento copia de la cédula.

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 auténtica 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 ESPECIFICA 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.

CERTIFICACION: 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 este documento, 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 y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarifadores 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, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, 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, reclamo, pago, 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. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercer cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en www.mapfre.com.pa y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 marzo de 2019. 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) :

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.

Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
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	