



## Solicitud de Inscripción de Seguro Colectivo ACP

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"/>  |            | Cambio de Plan <input type="radio"/>                               |                 |
| Nombres                                 |  | Apellidos  |            |  |                 |
| Fecha de nacimiento                     |  | (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                            |  | IP   |            | Fecha de ingreso laboral:  |                 |
| Ocupación                               |  | Profesión  |            |  |                 |
| Teléfono oficina                        |  | 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) |
| DATOS DE LA PÓLIZA                      |  |  |            |  |                 |
| Nombre del Contratante o grupo          |  | Colectivo del Canal de Panamá  |            |  |                 |
| N° de Póliza                            |  | 40100000000002   |            | Plan   |                 |

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS VIDA Y ACCIDENTE DE TRABAJO

Distribución por parte iguales a los beneficiarios vivos al momento del pago de reclamo.

| 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 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° \_\_\_\_\_.

### INFORMACION DE DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA COBERTURA DE SALUD (Adjuntar formulario de descuento)

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 ocurrida (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 intención 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.

"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](http://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 estos en los términos establecidos en la información adicional"

|  |   |
|--|---|
| <b>DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar):</b> |   |
| Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>  | Para nacionales: favor incluya copia de su cédula de identidad personal<br>Para extranjeros: favor incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país. |

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| Nombre del Asegurado Principal | Fecha  |
| Firma                          | Cédula |

**DATOS DEL CORREDOR**

**Sr. Colaborador de la ACP:** esta póliza colectiva fue contratada especialmente para usted, la misma cuenta con beneficios adicionales para incluir a sus dependientes (hijos y conyugue) o para optar a mayores límites de coberturas dentro de la misma póliza de salud, con solo usted pagar algunas diferencias en primas por medio de Allotment, Descuento de ACH o Tarjeta de Crédito. Es importante que para poder gozar de estas coberturas y beneficios adicionales nos adjunte los formularios de descuento o se acerque a Mapfre Panamá ya sea nuestras sucursales o casa matriz a completar la debida documentación.

**Sucursal Albroom 378-5950 / 52/ 53/ 54 / 55 / 56.**