



Solicitud de Inscripción de Seguro Colectivo de Vida

Favor completar la información requerida de manera electrónica o con letra impresa 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	
Fecha de expedición		País de expedición	
Estado civil	Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unido <input type="radio"/>	Sexo	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
País de residencia		Seguro social	
Profesión		Ocupación	
Fecha de ingreso laboral		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>			
¿Eres una persona políticamente expuesta? (*) Sí No Relación / Cargo: _____			
Desde: _____ Hasta: _____ Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____ <small>(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)</small> Cédula / Pasaporte: _____			

DATOS DE LA PÓLIZA

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

DECLARACIÓN DE SALUD

¿Ha sido usted paciente en un Hospital o Institución similar, examinado por algún médico o profesional de la salud, o tiene usted conocimiento de haber padecido o recibido algún tipo de atención o tratamiento sobre alguna condición de salud?

Sí No

Si la respuesta es **afirmativa**, favor ampliar la información abajo

Diagnostico	Nombre del Médico	Fecha (dd/mm/aa)	Clínica

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 cedula 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 cedula 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.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Por este medio nosotros, los suscritos contratantes, solicitantes o propuestos asegurados, ya sea en vida y especialmente después de nuestro fallecimiento, instruimos y autorizamos (de acuerdo con el artículo 84D de la ley orgánica) a los médicos, enfermeras, clínicas de atención médica y hospitales y laboratorios públicos o privados o de la Caja de Seguro Social y sus empleados o funcionarios, aseguradoras, y a cualquier persona que por cualquier razón la posea, para que suministren y revelen y entreguen a MAPFRE PANAMÁ, S.A., durante mi vida y especialmente después de mi fallecimiento, a su requerimiento y tantas veces como lo estime necesario sin que se le pueda exigir el cumplimiento de otra formalidad que no sea el que lo solicite por escrito en papel simple acompañado de fotocopia de este documento, toda la información y documentación que posean en el presente o que reciban en el futuro sobre el estado de mi salud y mis requerimientos de suministros y tratamientos y atenciones médicas y hospitalarias. 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 toda 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 perjuicios 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, 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, 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 ejercitar 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) :

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