

**I. DATOS PERSONALES** (Favor completar la información requerida con la letra imprenta)

Nombre completo del asegurado principal:			Cédula/ Pasaporte:	
<b>Dirección residencial</b>	Provincia	Distrito	Corregimiento	Barriada, Calle y N° de casa/Edificio - Apartamento
Peso (lbs.):	Estatura (mts):	Estado civil:	Fecha de Nacimiento: dd/mm/yy	Correo Electrónico:
Nacionalidad:	País de Residencia:	Profesión:	Ocupación:	Es usted una Persona Políticamente Expuesta? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Cargo Actual:
Teléfono de oficina:	Teléfono residencial:	Teléfono celular:	Médico de Cabecera /Especialidad (El que actualmente consulta):	
No. De Empleado			Estamento	
Provincia			Oficial Administrativo	
Fecha de Efectividad			Tipo de Plan	
Persona de Contacto:			Teléfono residencial/oficina /celular:	

**II. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**

Nombre completo de beneficiarios	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje %

Si al momento de mi fallecimiento alguno (s) de los beneficiarios es menor de edad, la parte que le corresponda le será entregada a \_\_\_\_\_, con cedula no. \_\_\_\_\_ quien ha sido instruido por mí 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 no. \_\_\_\_\_.

**III .INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA COBERTURA DE SALUD** (No aplica para colectivo)

(Nota: Hijos de 18 a 25 años deben mostrar evidencia de ser estudiante a tiempo completo, padre o madre que viven en el hogar)

Nombre completo	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento	Médico/Especialidad	Peso (lbs):	Estatura (mts):

**IV .CUESTIONARIO DE SALUD**

Estimado(a) Señor(a), le solicitamos responder en su totalidad las siguientes preguntas, ya que estas nos brindarán la facilidad de evaluar su solicitud de ingreso al Plan elegido de una forma más ágil y clara, permitiéndonos otorgarle cobertura lo antes posible. No piense que el contestar positivamente alguna de ella le limitará necesariamente alguna cobertura de salud.

Por favor conteste si usted o algún dependiente nombrado ha tenido alguna(s) condición(s), signo(s) o síntoma(s) manifestados y/o evidentes que aún no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado de que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por algunas de las siguientes condiciones:

Marque con una **X** su respuesta

	SI	NO
1. Diabetes mellitus, HIV, Sida, Trastornos o enfermedad cerebral, neurológico o de columna vertebral, Epilepsia, Enfermedad renal crónica, Enfermedad del corazón, Neoplasias Malignas (cáncer)		
2. Padecimientos respiratorios, urinarios, músculos esqueléticos, Sistema digestivo o de los órganos reproductivos.		
3. Cualquier tipo de quistes o tumores benignos		
4. Problemas alcohólicos o problemas de drogas		
5. ¿Ha estado usted o alguno de sus dependientes recluido en un hospital o institución similar o recibido transfusiones de sangre?		
6. ¿Está usted o alguna de sus dependientes nombradas embarazadas actualmente?		
7. ¿Ha presenta Usted o alguno de sus dependientes nombrados, alguna condición médica, signo, síntoma o accidente, examen o diagnóstico que no haya mencionado en este cuestionario?		

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 nombre del paciente, diagnóstico, cirugía o tratamiento y/o medicamentos recomendados, fecha, nombre del médico y hospital en donde se atendió:

#	Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u Hospital

**V. RESPONSABLE DE PAGO COBERTURA** (No aplica para colectivo)

PLAN:MINSEG	
SALUD LOCAL Y VIDA	<input type="radio"/>
SALUD INTERNACIONAL Y VIDA	<input type="radio"/>
SALUD LOCAL	<input type="radio"/>
SALUD INTERNACIONAL	<input type="radio"/>
VIDA	<input type="radio"/>
PRIMAS	TOTALES
Aseg. Principal	
Dependiente(s) – HASTA 5	
PRIMA DE VIDA	
SUB TOTAL	
IMPUESTO (5%)	
TOTAL PRIMA	

FRECUENCIA - PAGO	
ANUAL	<input type="radio"/>
SEMESTRAL	<input type="radio"/>
TRIMESTRAL	<input type="radio"/>
MENSUAL	<input type="radio"/>

FORMA DE PAGO	
PAGO VOLUNTARIO	<input type="radio"/>
TARJETA DE CRÉDITO	<input type="radio"/>
DCTO. BANCARIO	<input type="radio"/>

CONTRATANTE / RESPONSABLE ECONÓMICO DEL PAGO DE LA PRIMA	
NOMBRE COMPLETO	
CÉDULA	
RUC	
RELACIÓN CON EL ASEGURADO PRINCIPAL	
<input type="radio"/> Asegurado Principal	
<input type="radio"/> Familiar	
<input type="radio"/> Empleador	
<input type="radio"/> Otros	
En caso de ser "Familiar" u "Otro" Especifique:	

Pólizas con Prima Anual Igual o Mayor a B/.10,000.00	
El total de las primas anuales que Usted paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
* Si su respuesta es afirmativa, proceda a contestar las preguntas en el formulario adjunto; si la misma es negativa dirijase a la casilla de firma del cliente.	

### AUTORIZACIÓN PARA DETENCIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente, el pleno conocimiento de la ley N° 68 de 20 de noviembre de 2003 y de más 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 cualquiera 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 cualquier país extranjero que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y para clínico, dictamen, diagnóstico, pre diagnóstico procedimiento u hospitalización relacionada con mi Persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia autentica de mí 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, clínica o cualquier otra similar, en donde haya sido atendido, a entregar a MAPFRE PANAMÁ, S.A. o sus representantes, cualquier información que guarde relación con lo ante expuesto. Por todo lo anterior relevo- relevamos y libero a todas esas personas, instituciones privadas y pública, nacionales o extranjera, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia autentica de dicha información y documentación arriba descrita. El suministro de dicha información es esencial para que MAPFRE PANAMÁ, S.A. pueda hacer 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 toda esta solicitud son verdaderas, están completas y no existe ninguna omisión, error, inexactitud o relicencia de mi parte y de ser así, y de emitirse la póliza, acepto las penalidades que se establecen 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.

Todas las notificaciones de mi póliza deberán ser enviadas a:  Correo Electrónico  Apartado Postal

En Panamá a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de año \_\_\_\_\_

Firma de la Contratante

Firma del asegurado (Si es mayor de edad)

Pólizas con Prima Anual Igual o Mayor a B/.10,000.00				
<b>DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN(Detalle Actividad Comercial o Negocio):</b>				
<b>PERFIL FINANCIERO</b>				
Ingresos anuales actividad principal	Menos de 10 mil US\$ <input type="radio"/>	10 mil a 30 mil US\$ <input type="radio"/>	30 mil a 50 mil US\$ <input type="radio"/>	Más de 50 mil US\$ <input type="radio"/>
Ingresos anuales por otras actividades	Menos de 10 mil US\$ <input type="radio"/>	10 mil a 30 mil US\$ <input type="radio"/>	30 mil a 50 mil US\$ <input type="radio"/>	Más de 50 mil US\$ <input type="radio"/>
<b>REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial)</b>				
Nombre o Razón Social	Actividad	Relación con el Cliente	Teléfono de contacto	

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.