

**Solicitud de Seguro de Gastos Médicos
Con Cuestionario Médico Corto
Conozca su cliente – Persona Natural**

MAPFRE
Solucion Basic

No.

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

DATOS GENERALES						
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		Reside en Panamá desde				
Ocupación		Ingreso mensual aprox.				
Teléfono residencial		Teléfono celular				
Correo electrónico		Profesión				
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						
PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA						
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 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Relación / Cargo: _____						
Desde: _____ Hasta: _____ Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____ (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)						
Cédula / Pasaporte: _____						

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 (*) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Si su respuesta es afirmativa, favor completar también los campos marcados con doble asterisco (**).			
DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN (**)			
DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (por favor detalle actividad comercial o negocio) _____			
PERFIL FINANCIERO (*)			
Ingresos anuales actividad principal		Menos de 10 mil US\$ <input type="radio"/>	
		10 mil a 30 mil <input type="radio"/>	
		US\$ 30 mil a 50 mil <input type="radio"/>	
		US\$ 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 <input type="radio"/>	
		US\$ 30 mil a 50 mil <input type="radio"/>	
		US\$ Más de 50 mil US\$ <input type="radio"/>	
REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial) (**)			
Nombre o razón social		Actividad	
		Relación con el Cliente	
		Teléfono de contacto	
1			
2			
3			

(*) Campos obligatorios.

(**) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00 y personas políticamente expuestas.

¿Tiene o ha tenido usted alguno de los dependientes nombrados alguno de los siguientes seguros?

Tipo de Seguro	Sí	No	Nombre del Asegurado	Aseguradora	Número de Póliza
Salud					
Vida					
Accidentes Personales					

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	Peso	Estatura

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 congénitos.		
2.	Padecimientos neurológicos y neuroquirúrgicos (incluyendo accidentes cerebrovasculares), problemas de la columna vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago y otros.		
3.	Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, angina de pecho, colesterol o triglicéridos altos y otros. Procedimientos cardíacos como cateterismo cardíaco, angioplastia y otros.		
4.	Enfermedades pulmonares: fibrosis, enfisema y otros.		
5.	Insuficiencia renal crónica o insuficiencia hepática.		
6.	Padecimientos Sanguíneos y órganos hematopoyéticos: hemofilia, anemia falciforme, alteraciones de la coagulación (antifosfolípidos con cuadro de trombosis), púrpura.		
7.	Diabetes y/o hiperglicemia		
8.	Enfermedades del tejido conectivo y autoinmunes: artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante, dermatomiositis, distrofias musculares, lupus, esclerodermia y otros.		
9.	Cualquier tipo de quistes, nódulos, tumores diagnosticados como cáncer		
10.	Trasplante de órganos.		
11.	VIH o SIDA		
12.	Politraumatismo		

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

CUANDO ES SEGURO INDIVIDUAL: Queda entendido y acordado que, en caso de aprobación por parte de La Aseguradora de la presente solicitud de seguros, la cobertura tomará inicio desde la fecha que se indique en las Condiciones Particulares del plan seleccionado. La Aseguradora no considerará ninguna contratación de póliza que no venga acompañada con el pago total de la primera prima.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley N°68 del 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 cualquiera otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o aseguradora o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país extranjero, que tenga datos o información sobre mi 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 PANAMA, S.A. o a su representante autorizado esta información

También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mi o mis dependientes a dar información a MAPFRE PANAMA, S.A. o a su representante autorizado. Una fotocopia de esta autorización será 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 a MAPFRE PANAMA, S.A. o a su representante autorizado, cualquiera información que guarde relación con lo antes expuesto.

Por todo lo anterior relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se 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 PANAMA, 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.

AUTORIZACIÓN 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 PANAMA, S.A. con relación a esta póliza se entenderá que la hacen 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, error, inexactitud o reticencia 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.

"Con mi firma en esta solicitud de seguro, y dando cumplimiento a lo establecido por la Ley 24 de 2002 y demás normativa aplicable, por este medio consentimos y autorizamos expresamente a que MAPFRE PANAMÁ, S.A. recopile datos que reflejen las transacciones económicas, mercantiles, financieras o crediticias (Historial de Crédito) que mantenga con dicha empresa; que dichos datos sean transmitidos o suministrados por MAPFRE PANAMÁ, S.A. a las agencias de información de datos autorizadas para operar de acuerdo con dicha Ley y que dichas agencias de información de datos suministren dichos datos a los agentes económicos a que se refiere la misma. De igual manera, consentimos y autorizamos expresamente a que MAPFRE PANAMÁ, S.A. tenga acceso a los datos que reflejen las transacciones económicas, mercantiles, financieras o bancarias (Historial de Crédito) que he mantenido en el pasado, mantengo en el presente o en el futuro con otros agentes económicos, existente en las bases de datos de las agencias de información de datos autorizadas para operar de acuerdo con dicha Ley o de cualquier otro agente económico como lo define la misma."

Fecha en _____ el _____ de _____ de 20____

Firma del Asegurado Principal

Firma de Dependiente(s) mayor(es) de edad

Firma del Contratante/ Representante Legal

Firma de Dependiente(s) mayor(es) de edad

SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA				
Nombre y apellido del colaborador que revisa				
Cargo/ Ocupación		Firma		Fecha