

Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este Edificio P.H. – GMT-P.B. Panamá, Ciudad de Panamá Panama, Ciudad de Panama Apartado Postal 0816-03629 Teléfonos: (507) 378-3900 Fax: (507) 378-9888 R.U.C.: 597-46-103707 D.V.:98 MAPFRE | PANAMÁ

www.mapfre.com.pa

Solicitud de Seguro de Hospitalización y Gastos Médicos

Conozca a su Cliente - Persona Natural

					- 100 Marie							
Tipo de Cliente: Contratan	to O	gurado Princ	ninal (S GENERALES Responsable de F	Paga (
Favor completar un form							ea distinto al Asegur	ado Principal.				
Primer nombre (*)		Se	gundo r	nombre	- 100 NO		Apellido paterno (*)					
Apellido materno					Apellido de casa	ada/o						
Fecha de nacimiento (*)		Ed	ad (*)		Cédula/ pasapo	rte (*)						
Estado civil (*)	Estado civil (*) Soltero O Casado O Unido O						F O M O					
Nacionalidad (*)					País de nacimie	nto (*)						
País de residencia (*)					Reside en Pana	má desde (*)		años				
Tel. residencial					Celular (*)							
Correo electrónico (*)					Apartado postal							
Estatura (*)		met	tros O	pies O	Peso (*)		libras O kilogramos O					
Médico de cabecera (*)					Especialidad (*)							
Dirección residencial (*)												
	(Pro	ovincia)		strito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)				
Profesión	DATOS C				Ocupación (*)	5						
Nombre de la empresa					Correo electróni	CO						
Teléfono de oficina					Ingreso mensua	l aprox. (*)						
Dirección de la empresa						,						
Dirección de la empresa	(Provin		DEDCO	(Distrit	o) (Correg		(Barriada) (Cal	le) (Casa/Edificio)				
Las personas políticamente expuesta	as son aquellas persona						nivel o con mando y jurisdicci	ión en un Estado, como jefes de				
Estado o de un gobierno, políticos de políticos o familiar cercano o estrech expuesta desde el momento de su n	o colaborador de cualqu	uier categoría de	e persona	expuesta po	líticamente(extranjero,	nacionales o de org	ganismo internacional). Se co	onsiderará persona políticamente				
¿Es usted una persona pol	íticamente expues	sta? (*) Sí 🤇) No(O Relac	ión /Cargo:			ones a obligaciones.				
Desde: Hasta:	Para	a familiar o e	estrecho	o colabor		s del PEP: Non Cédula / Pasap						
DECLARACIÓN				_		'						
DECLARO QUE LA INFOR MODO CONFIABLE Y AC												
					AL, IGUAL O MA							
El total de las primas anua		, 0		•	, , ,	Sí O No	0					
Si su respuesta es afirmativ DECLARACIÓN DE FUEN						terisco (^^).						
DECLARO QUE TODAS M	IIS ACTIVIDADES	S LAS EJER	RZO DE	NTRO D	E LAS NORMAS		UE LOS RECURSOS	S UTILIZADOS PARA EL				
PAGO DE LOS SEGUROS	,		DE LAS	S SIGUIE	NTES FUENTES	:						
(por favor detalle actividad comercial o negocio)												
PERFIL FINANCIERO (*)												
Ingresos anuales actividad principal												
REFERENCIAS (1- Person	nal, 2- Bancaria, 3	3-Comercia		<u> </u>			n con el Cliente					
Nombre o razón	P	Actividad		Relacio	in con ei chente	Teléfono de contacto						
2												
3												
								I .				

	varios de constituiros					DAT	OS DE	PÓLIZA		No. PRINCES AND ADDRESS OF THE PRINCES OF THE PRINC			
Favor completar la sig	uiente in	formaci	ón sobre		pendier	ntes de la Pá	oliza (los	s dependi	entes n	nayores de 18 años o	de edad	deben se	r estudiantes de
Primer nombre					Segund	do nombre				Apellido paterno			_ 0 0 0
Apellido materno					Apellide	o de casada				Cédula/pasaporte			-
Fecha de nacimiento		(día)	(mes)	(año	Edad		Sexo	FΟ	МО	Parentesco	Cónyuge O Hijo(a) O		
Reside en Panamá de	sde	(año	Naciona	alidad		1878 1878		Estatura	ı	metros O pies C	Peso		libras Okilogramos O
Médico de cabecera								Especia	lidad				
										1			
Primer nombre					Segund	lo nombre				Apellido paterno			
Apellido materno					Apellide	o de casada				Cédula/pasaporte			
Fecha de nacimiento		(día)	(mes)	(año	Edad		Sexo	FΟ	МО	Parentesco	Cón	yuge 🔘	Hijo(a) 🔘
Reside en Panamá de	sde	(año	s) Naciona	alidad				Estatura	ì	metros O pies C	Peso		libras O kilogramos O
Médico de cabecera								Especia	lidad				
Primer nombre					Seguno	lo nombre				Apellido paterno			
Apellido materno					Apellide	o de casada				Cédula/pasaporte			
Fecha de nacimiento		(día)	(mes)	(año	Edad		Sexo	FΟ	мО	Parentesco	Cón	yuge 🔘	Hijo(a) 🔘
Apellido materno Apellido de casada Cédula/pasaporte Fecha de nacimiento (inia) (in		Peso		libras O kilogramos O									
Médico de cabecera								Especia	lidad				
Primer nombre					Segund	lo nombre				Apellido paterno			
Apellido materno					Apellide	o de casada				Cédula/pasaporte			
Fecha de nacimiento		(día)	(mes)	(año	Edad		Sexo	FΟ	МО	Parentesco	Cón	yuge 🔘	Hijo(a) 🔘
Reside en Panamá de	sde	(año	s) Naciona	alidad				Estatura	1	metros O pies C	Peso	- 1	ibras O kilogramos O
Médico de cabecera								Especia	lidad				
COBERTURA SOLICI	TADA (*	*)							CUADI	RO DE PRIMAS PO	R FORM	A DE PA	GO (*)
Plan									Prima	total	B/.		
	B/.												
Deducible	B/.										B/.		
Frecuencia de pago	Anual	O Se	emestral () N	1ensual						B/		
Forma de pago	Pago \	/oluntar	io 🔾 Tar	jeta d	e crédit	O ACH	10		Tillia	a pagai	Б/.		
RESPONSABLE DE F	PAGO												
Nombre completo									C	Cédula/ Pas. o RUC			
Correo electrónico						Tel. Residencial/ Cel. Ingreso mensua						mensual	
Relación con Asegura	do Princi	pal				Dirección	1						
¿Reemplazará esta co	bertura	algún s	eguro exis	stente	? (*) Sí	O № O				· ·	os campo	s a continu	ación, de otro modo
							airigii	rse ai sigui	ente rec	uadro.			
Fecha de cancelación	de póliz	а	(día)		(mes	i) (a	nno) Nún	nero de p	óliza ar	nterior			

¿Alguno de sus familiares más cercanos desempeña o ha desempeñado funciones públicas de alta jerarquía, destacadas en el país o en el extranjero (PEP)? (*) Sí O No Si respuesta es afirmativa, ampliar detalles:

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

^(*) Campos obligatorios. Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá (**) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00 y personas políticamente expuestas.

CUESTIONARIO MÉDICO (*)

Conteste todas las preguntas con exactitud, las cuales están dirigidas al Asegurado Principal y sus Dependientes. Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Subraye las condiciones a las cuales haya contestado afirmativamente y facilite detalle de las mismas en el cuadro inferior al cuestionario.

inicitor di odestionario:		
1. ¿Ha fumado cigarrillos, puros, pipas o similares en los últimos doce (12) meses? ¿Cuántos cigarrillos o productos de tabaco fuma al día? Desde cuando	Sí O	No 🔿
¿Usted ingiere licor? ¿Cuántas copas o vasos ingiere?	_	
¿Con qué frecuencia? Diariamente O Semanalmente O Mensualmente O	Sí O	No ()
3. ¿Tiene usted antecedentes de uso o abuso de drogas licitas o ilícitas?	Sí 🔾	No 🔾
4. ¿Practica usted algún tipo de deporte de forma profesional? Indique deporte:	Sí 🔾	No 🔾
5. ¿Ha sido diagnosticado de trastornos depresivos menores: ansiedad, depresión reactiva?	Sí 🔾	No 🔾
6. ¿Ha sido tratado o se le ha informado de presentar Dislipidemias: Colesterol o triglicéridos altos?	Sí 🔾	No O
7. ¿Se ha realizado la prueba del VIH/ SIDA? En caso afirmativo, detallar lugar donde se realizó la prueba y resultado.	Sí ()	No O
8. ¿Ha sido diagnosticado de HIV o SIDA?	Sí ()	No O
9. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del sistema endocrino tales como: Diabetes mellitus, Alteraciones Corticosuparrenales, Obesidad Mórbida?	Sí 🔾	No ()
Preguntas adicionales solo para féminas (P. 10-14)		
10. ¿Ha visitado a su ginecólogo en los últimos 2 años? Nombre del ginecólogo:	Sí 🔾	No 🔾
11. ¿Se ha realizado un PAP en los últimos 2 años? En caso afirmativo, detallar.	Sí ()	No ()
12. ¿Está Ud. embarazada actualmente?	Sí ()	No O
13. ¿Se ha realizado Histerectomía? Indicar hace cuántos años. Adjuntar Patología.	Sí ()	No O
14. ¿Se ha realizado alguna prueba, examen, ultrasonido, mamografía, u otro procedimiento relacionado a sus órganos		
reproductivos no mencionados en este cuestionario?	Sí O	No 🔿
Pregunta adicional solo para hombres (P. 15)		
15. ¿Se ha realizado la prueba de PSA en los últimos 2 años?	Sí 🔾	No 🔾
16. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del Aparato Digestivo y Genitourinario: Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías Crónicas (cirrosis, hepatitis B, C o D) Insuficiencia Renal Crónica, o alguna irregularidad en los riñones?	Sí 🔾	No 🔾
17. ¿Ha sido tratado por antecedentes de Cirugía Bariátrica?	Sí 🔾	No 🔾
18. ¿Ha sido diagnosticado con enfermedad diverticular?	Sí 🔾	No 🔾
19. ¿Ha sido diagnosticado con poliposis intestinal?	Sí ()	No O
20. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades benignas del riñón: riñones poliquisticos, sangre en la orina?	Sí ()	No O
21. ¿Ha sido diagnosticado de Litiasis renoureterales?	Sí ()	No O
22. ¿Ha sido diagnosticado de Neoplasias Malignas (Cáncer), Leucemia, Linfoma?	Sí ()	No O
23. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del Aparato Respiratorio: Enfermedad Obstructiva crónica (EPOC), Fibrosis	Sí ()	No ()
Pulmonar, Neumonitis, Granulomatosis, Neumoconiosis, Histiocitosis?		
24. ¿Sufre de Asma?	Sí ()	No ()
25. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del sistema circulatorio: Cardiopatía Isquémica (infartos), Insuficiencia cardiaca, Miocardiopatía, Trastornos del Ritmo, Soplos?	Sí 🔾	No 🔿
26. ¿Ha sido tratado o se le ha informado de padecer de Hipertensión Arterial o valores alterados de presión arterial?	Sí 🔾	No 🔾
27. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades de la sangre y órganos Hematopoyéticos: Hemofilia, Anemia Falciforme, alteraciones de la coagulación o púrpura?	Sí 🔾	No 🔾
28. ¿Ha recibido transfusión sanguínea?	Sí 🔘	No 🔾
29. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades de la Columna vertebral o se le ha realizado cirugía de la columna vertebral?	Sí 🔾	No 🔾
30. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades Cerebrovasculares, ateroesclerosis, derrames, accidentes cardiovasculares?	Sí 🔘	No 🔘
31. ¿Ha sido tratado por Migraña o Cefaleas?	Sí 🔘	No 🔘
32. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del sistema nervioso: Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias, Convulsiones?	Sí 🔾	No 🔘
33. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades: Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Retraso Mental, Trastornos de la conducta alimenticia?	Sí 🔾	No 🔘
34. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades reumáticas y de tejido conectivo: Lupus, Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilopoyética, Dermatomiosistis, Distrofias musculares, Fibromialgia, Osteoporosis?	Sí 🔾	No 🔘
35. ¿Nació prematuro? Indicar de cuantos meses.	Sí 🔘	No 🔘
36. ¿Ha sido diagnosticado de Anomalías congénitas, cromosómicas o hereditarias?	Sí 🔾	No 🔘
37. ¿Hay o ha habido alguna condición médica, signo o síntoma o tratamiento que no se haya mencionado en este cuestionario?	Sí 🔾	No 🔾
38. ¿Ha recibido exámenes físicos o chequeos periódicos, o ha estado bajo observación en alguna clínica, o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico o quirúrgico, o alguna prueba de diagnóstico que no ha llevado a cabo, o ha estado recluido en algún hospital fuera de lo declarado aquí?	Sí 🔾	No 🔿
Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor suministrar la siguiente información		
Pregunta Namba de la compactición, lesión, síntoma de mala salud o resultado del examen. Fecha ocurrido	4 4 1	

Pregunta No.	Nombre de la persona	nbre de la persona Condición, lesión, síntoma de mala salud o resultado del examen. Si se practicó una operación, indicar tipo de operación		Médico tratante y hospital	

							0 -	
		PARA SER COM	IPLETADO POR	EL CORI	REDOR			
1. ¿Cuár	nto hace que conoce al solicita	nte del seguro? (*)						
2. ¿Le co	onsta que su cliente contestó y	firmo esta solicitud de s	eguros? (*)	Sí 🔾	No 🔾			
3. ¿Reco	omienda usted a su cliente por	su moralidad y reputació	on? (*)	Sí 🔾	No O			
4. ¿Cond	oce algún hecho en contradico	ión con las respuestas d	el solicitante? (*)	Sí 🔾	No 🔿			
5. De de	talles:							
Por este m	nedio declaro bajo la graveda ón aquí suministrada por el c	얼마나 사람들은 아이들이 아이를 하는데 얼마나 아니는 아니는 것이 없다.					mi leal sa	ber y entender la
Nombre o	razón social (*)					Nº Licencia	(*)	
	Corredor (*)					Fecha (*)	· ,	
	S SEGURO INDIVIDUAL: Queda el						-	
así como copi pasta informaci También auto PaNAMA, S.A. Con esta mai entregar a MAPO Por todo lo ar se pueda atrit que MAPFRE Autorizo al co Cualquier soli odos los efec CERTIFICAC Certifico que de ser así, y emitida sin pe como poperar de aci manera, cons o bancarias (la as agencias de	orizo a cualquier organización o p A. o a su representante autorizado nifestación de voluntad libre y esp APFRE PANAMA, S.A. o a su repr nterior relevo (relevamos) y libero buir por suministrar, revelar y entre E PANAMA, S.A. pueda hacer una j IIÓN ESPECÍFICA PARA EL COR orredor a que reciba y acepte en mi licitud o instrucción que haga el co ctos legales.	rediente Clínico, correspondiersona que tenga cualquier. Una fotocopia de esta autorizo a los hospesentante autorizado, cualquiliberamos) a todas esas per gar copia auténtica de dicha usta valoración de la solicitu REDOR nombre cualquier información redor a MAPFRE PANAMA toda esta solicitud son verde enalidades que se establece lo cumplimiento a lo establece recopile datos que reflejen so sean transmitidos o sumir agencias de información de te que MAPFRE PANAMÁ nido en el pasado, mantengas para operar de acuerdo co	ente a cualquier etap información importa rización será válida bitales, médicos, lat ilera información que sonas, instituciones información y docu d del seguro y cualq n, solicitud de inform , S.A. con relación a aderas, están compl in en esta materia, e cido por la Ley 24 de la las transacciones nistrados por MAPF e datos suministren n, S.A. tenga acceso o en el presente o e on dicha Ley o de cu	pa de mi vio	da, a dar a M. édica, sobre iginal. clíricas o cuelación con lo //o públicas, arriba descri ación futura tificación por ta se entend existe ningun a, como lo es más normativ s, mercantile AÁ, S.A. a la os a los age que reflejen con otros ag o agente ecc	APFRE PANAMA, mi o mis dependir alquiera otra similo antes expuesto. nacionales o extra ta. El suministro de que se presente u parte de La Aseguerá que la hacen e a omisión, error, ira la negación del rese, financieras o conseguera de conómicos las transacciones e entes económicos onómico como lo de	S.A. o a sur remembers a dar lar, en donde injeras, de to e dicha informa vez emiticuradora al iguen mi nombre declamo y la contractification de conferención de la que se refereconómicas, existente e	epresentante autorizado información a MAPFRE e haya sido atendido, a oda responsabilidad que mación es esencial parada y entregada la póliza. La que la póliza e y representación para reticencia de mi parte y cancelación de la póliza esentimos y autorizamos distorial de Crédito) que datos autorizadas para fiere la misma. De igual mercantiles, financieras n las bases de datos de
	Firma del Asegurado F	rincipal			Firma de	Dependiente(s) mayor(es	s) de edad
		SOLO PARA US cotejar) (*): incluya copia de su cédula		al	RADORA	Dependiente(s		s) de edad
	pellido del colaborador que revisa	r incluya copia de su pasapo *)	nte o documento eq	urvalente q	ue acredite s	ou estancia legal el	i ei pais.	
Cargo/ Ocup	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	- /	Firma (*)			Fecha (*)		

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

(*) Campos obligatorios.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

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