

Solicitud de Inscripción de Póliza de Salud Mi Plan
PPO PAN MCH
 Conozca a su Cliente - Persona Natural **N°**

DATOS GENERALES

Tipo de Cliente : Contratante <input type="radio"/> Asegurado Principal <input type="radio"/> Responsable de Pago <input type="radio"/> Favor completar un formulario Conozca a su Cliente adicional para el Contratante, cuando este sea distinto al Asegurado Principal.					
Primer nombre			Segundo nombre		
Apellido materno			Apellido de casada/o		
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		
Estatura	metros <input type="radio"/> pies <input type="radio"/>		Peso	libras <input type="radio"/> kilogramos <input type="radio"/>	
Médico de cabecera			Especialidad		
Apartado postal			Correo electrónico		
Teléfono residencial			Teléfono celular		
Dirección residencial	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle) (Casa/Edificio)

DATOS OCUPACIONALES

Profesión			Ocupación		
Nombre de la empresa			Correo electrónico		
Teléfono de oficina/ Fax			Ingreso mensual aprox.		
Dirección de la empresa	(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 No Relación / Cargo: _____
 Desde: _____ Hasta: _____ Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____
 (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) Cédula / Pasaporte: _____

DECLARACIÓN: DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS SOBRE LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS

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 No

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\$ 10 mil a 30 mil US\$ 30 mil a 50 mil US\$ Más de 50 mil US\$
Ingresos anuales por otras actividades Menos de 10 mil US\$ 10 mil a 30 mil US\$ 30 mil a 50 mil US\$ Más de 50 mil US\$

REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial)

	Nombre o razón social	Actividad	Relación con el Cliente	Teléfono de contacto
1				
2				
3				

DATOS DE PÓLIZA

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

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:

1. Diabetes mellitus, HIV, Sida, Trastornos o enfermedad cerebral, neurológico o de columna vertebral, Epilepsia, Enfermedad renal crónica, enfermedad del corazón, Neoplasias Malignas (cáncer)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
2. Padecimientos respiratorios, urinarios, músculos esqueléticos, Sistema digestivo o de los órganos reproductivos.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
3. Cualquier tipo de quistes o tumores benignos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
4. Problemas alcohólicos o problemas de drogas	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
5. ¿Ha estado usted o alguno de sus dependientes recluido en un hospital o institución similar o recibido transfusiones de sangre?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
6. ¿Está usted o alguna de sus dependientes nombradas embarazadas actualmente?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
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?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

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:

Pregunta No.	Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha (dd/mm/aa)	Médico u Hospital

COBERTURA SOLICITADA

Plan	MI Plan
Póliza	PPO PAN MCH
Frecuencia de pago	Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/>
Forma de pago	Pago voluntario <input type="radio"/> Tarjeta de crédito <input type="radio"/> ACH <input type="radio"/>

CUADRO DE PRIMAS

Prima Asegurado	
Prima adicional	
Impuesto (5%)	
Prima Total	

RESPONSABLE DE PAGO

Nombre completo		Cédula/ Pas. o RUC	
Correo electrónico		Tel. Residencial/ Cel.	Ingreso mensual
Relación con Asegurado Principal		Dirección	

AUTORIZACIÓN PARA DETECCIÓN 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.

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.”

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

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 Contratante		Fecha	
Firma del Asegurado Principal		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