

**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"/>					
<b>Favor completar un formulario Conozca a su Cliente adicional para el Contratante, cuando este sea distinto al Asegurado Principal.</b>					
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

<b>DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar) :</b>			
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.	
<b>Firma del Contratante</b>		Fecha	
<b>Firma del Asegurado Principal</b>		Fecha	
<b>DATOS DEL CORREDOR</b>			
Nombre o razón social		Nº Licencia	
Firma del Corredor		Fecha	
<b>SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA</b>			
Nombre y apellido del colaborador que revisa			
Cargo/ Ocupación		Firma	Fecha