

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE SEGURO COLECTIVO DE ACP Colectivos Vida, Salud y Accidentes de Trabajo

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

Nombre Completo del Asegurado Principal (Colaborador de ACP)				Cédula / Pasaporte
Fecha de Nacimiento (día-mes-año)	Sexo	Nacionalidad	IP	
Peso (Libras)	Estatura	Estado Civil	Ocupación Actual	Plan de Salud Colectivo
Teléfono Celular	Teléfono Residencial	Teléfono Oficina	Correo Electrónico	
Dirección Residencial Actual:				
Médico de Cabecera (el que usualmente consulta) y Especialidad de este Dr.			Forma de Pago (Allotmet, Tarjeta de Crédito o ACH)	Frecuencia de pago:

Dependientes a incluir en la póliza colectiva de Salud de la ACP

Nombre del Dependiente (cónyuge o hijos)	Cédula o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Edad	Peso	Estatura	Medico Cabecera - Especialidad

CUESTIONARIO DE SALUD De los Dependientes a incluir en la póliza de colectiva salud

Conteste todas las preguntas, con exactitud, las cuales son importantes ya que forman parte del contrato. Alguna vez Usted ha tenido alguna(s) condición(es), signo(s) o síntomas(s) manifestaciones evidentes, aunque aún no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado de que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones:

<i>Marque con una X su respuesta</i>	SI	NO
1. Padecimientos Cerebrovasculares, incluyendo migraña, dolores de cabeza, embolia, derrame, aterosclerosis y otros		
2. Padecimientos del Sistema Nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia, convulsiones, esquizofrenia y otros trastornos		
3. Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, angina de pecho, soplos, colesterol o triglicéridos altos y otros		
4. Padecimientos de la Vista y/o de los Oídos		
5. Padecimientos del Sistema Respiratorio incluyendo asma, hiperactividad bronquial, fibrosis pulmonar y otros		
6. Padecimientos del Sistema Digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo, padecimiento en intestinos, hepatopatías y otros		
7. Padecimientos del Sistema Urinario, padecimientos renales, litiasis renoureteral, riñones poliquísticos, sangre en orina y otros		
8. Padecimientos de los Órganos Reproductores <u>Masculinos</u> o <u>Femeninos</u>		
9. Padecimientos Sanguíneos, incluyendo trastornos de la coagulación o purpura, anemia falciforme, hemofilia y otros		
10. Padecimientos del Sistema Endocrino, incluyendo cualquier tipo de diabetes y/o hiperglicemia, obesidad mórbida y otros		
11. Padecimientos de la Tiroidea y/o de la Piel		
12. Padecimientos del Sistema Músculo Esquelético incluyendo artritis, osteoartritis, lupus, distrofias musculares y otros		
13. Ha sido diagnosticado por cualquier tipo de quistes, nódulos, tumores, leucemia, linfoma, neoplasia maligna (cáncer)		
14. Utiliza o ha tenido antecedentes de uso o abuso de drogas (lícitas o ilícitas), licor, cigarrillos, puros o similares		
15. Padecimientos de la Columna Vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago y otros		
16. Le han realizado algún examen especial de laboratorio, ultrasonido, mamografía, resonancia, laparoscopia u otro procedimiento		
17. Ha estado recluido en un hospital o institución similar?		
18. Esta usted embarazada actualmente?		
19. Le han realizado transfusiones de sangre?		
20. Practica algún tipo de deporte de forma profesional? Indique que deporte:		
21. Hay o ha habido alguna condición médica, signo, síntoma, diagnóstico, tratamiento recibido o secuelas que no se 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, fecha, nombre del médico y hospital en donde se atendió:

#	Nombre	Diagnóstico	Tratamiento Recibido	Fecha	Médico y Hospital

Alguna vez alguna Compañía de Seguros le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes o de salud? **SI** ___ **NO** ___
 Detalle: _____

Ha solicitado o recibido beneficios de hospitalización, incapacidad o algún otro tipo de beneficio medico de alguna aseguradora? **SI** ___ **NO** ___
 Detalle: _____

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes seguros?					
Tipo de Seguro	SI	NO	Nombre del Asegurado Principal	Aseguradoras	Números de Pólizas
• Salud, Vida o Accidentes Personales					

LOS BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE VIDA Y ACCIDENTE DE TRABAJO DEBEN SER COMPLETADOS EN LA SOLICITUD EXCLUSIVA PARA COLABORADORES DE LA ACP.

Queda entendido y acordado que el presente seguro no se hará efectivo hasta que sea aprobado y emitido por Mapfre Panamá, además ningún seguro será efectivo después de la fecha de cancelación del Convenio de Afiliación y Cobertura de mi empleador. Si el plan de seguros es sobre la base de contribución, autorizo a mi empleador a deducirlo de mi salario la parte de la prima que me correspondería de acuerdo a contratos.

Autorización para obtención de información:

Por la presente, en 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 cualquier 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 en cualquier país extranjero, que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, pre-diagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionadas a mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia autentica de mi Cuadrícula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a dar a Aseguradora MAPFRE PANAMA 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 PANAMA 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, clínicas o cualquiera otra similar, en donde haya sido atendido, a entregar MAPFRE PANAMA o sus representantes autorizados, cualquier 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 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 PANAMA pueda hacer una justa valoración de la solicitud del seguro y cualquier reclamación futura que se presente una vez emitida y entregada el certificado de esta póliza colectiva.

Certificación:

Certifico que las respuestas y declaraciones en toda esta solicitud son verdaderas, están completas y no existe ninguna omisión de información, error, inexactitud o reticencia de mi parte y de ser así, y de emitirse la póliza, acepto las penalidades que se establezcan 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 MAPFRE PANAMA.

Firma del Asegurado Principal (Colaborador):	Nombre del Asegurado Principal (Colaborador):	Fecha:
IP :	Cedula o Pasaporte:	División:

Sr. Colaborador de la ACP: esta póliza colectiva fue contratada especialmente para usted, la misma cuenta con beneficios adicionales para incluir a sus dependientes (hijos y conyugue) o para optar a mayores limites de coberturas dentro de la misma póliza colectiva, con solo usted pagar algunas diferencias en primas por medio de Allotment, Descuento de ACH o Tarjeta de Crédito. Es importante que para poder gozar de estas coberturas y beneficios adicionales usted se acerque a Mapfre Panamá ya sea nuestras sucursales o casa matriz a completar la debida solicitud de Inscripción de Seguro de Salud colectivo para dependientes de la ACP.

Sucursal Albrook 378-5950 / 52/ 53/ 54 / 55 / 56.