

Sello del Corredor

**MAPFRE | PANAMÁ**

Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este
Edificio P.H. – GMT-P.B.
Panamá, Ciudad de Panamá
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 Inscripción de Seguro Colectivo de Vida

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

DATOS GENERALES

Certificado 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"/>
País de residencia		Nacionalidad	
Profesión		Seguro social	
Fecha de ingreso laboral		Ocupación	
Teléfono residencial		Ingreso mensual aprox.	
Correo electrónico		Teléfono celular	
Estatura	metros <input type="radio"/> pies <input type="radio"/>	Miembro dominante	Izquierdo <input type="radio"/> Derecho <input type="radio"/>
Médico de cabecera		Peso	libras <input type="radio"/> kilogramos <input type="radio"/>
Dirección residencial		Especialidad	
	(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:			
<p>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.</p>			
¿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: _____	

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Contratante o grupo			
N° de Póliza	Fecha efectiva	Clase	B/.

DECLARACIÓN DE SALUD

¿Ha sido usted paciente en un Hospital o Institución similar, examinado por algún médico o profesional de la salud, o tiene usted conocimiento de haber padecido o recibido algún tipo de atención o tratamiento sobre alguna condición de salud?

Sí No

Si la respuesta es **afirmativa**, favor ampliar la información abajo

Diagnostico	Nombre del Médico	Fecha (dd/mm/aa)	Clínica

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo del Beneficiario	Cédula/ Pasaporte	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Porcentaje (%)

Si al momento de mi fallecimiento alguno(s) de los beneficiarios es menor de edad, la parte que le corresponda será entregada a _____ con cedula n° _____ quien ha sido instruido por mi sobre la forma en que deberá proceder con la suma que reciba de la aseguradora, sin que por esto, se considere a dicha persona como beneficiaria. Designo como beneficiario contingente a _____ con cedula n° _____.

Queda entendido y acordado que el presente seguro no se hará efectivo hasta que sea aprobado y emitido, además ningún seguro será efectivo hasta que esté trabajando activamente en mi lugar regular de trabajo o después de la fecha efectiva del Convenio de Afiliación de mi empleador

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Por este medio nosotros, los suscritos contratantes, solicitantes o propuestos asegurados, ya sea en vida y especialmente después de nuestro fallecimiento, instruimos y autorizamos (de acuerdo con el artículo 84D de la ley orgánica) a los médicos, enfermeras, clínicas de atención médica y hospitales y laboratorios públicos o privados o de la Caja de Seguro Social y sus empleados o funcionarios, aseguradoras, y a cualquier persona que por cualquier razón la posea, para que suministren y revelen y entreguen a MAPFRE PANAMÁ, S.A., durante mi vida y especialmente después de mi fallecimiento, a su requerimiento y tantas veces como lo estime necesario sin que se le pueda exigir el cumplimiento de otra formalidad que no sea el que lo solicite por escrito en papel simple acompañado de fotocopia de este documento, toda la información y documentación que posean en el presente o que reciban en el futuro sobre el estado de mi salud y mis requerimientos de suministros y tratamientos y atenciones médicas y hospitalarias.

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 Panamá, S.A. con relación a esta póliza se entenderá que la hace 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 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.

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 Asegurado Principal		Fecha	
Firma Administrador del Grupo		Fecha	
DATOS DEL CORREDOR			
Nombre o razón social		N° Licencia	
Firma del Corredor		Fecha	
SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA			
Nombre y apellido del colaborador que revisa			
Cargo/ Ocupación	Firma	Fecha	