

Solicitud de Seguro de Accidentes Personales Individual

Conozca a su Cliente - Persona Natural

N°

DATOS GENERALES

Tipo de Cliente: Contratante Asegurado Principal Responsable de Pago
Favor completar un formulario Conozca a su Cliente adicional para el Contratante, cuando este sea distinto al Asegurado Principal.

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"/> Seguro Social
Nacionalidad	País de residencia		
Ocupación	Ingreso mensual aprox.		
Tel. residencial/ Cel.	Correo electrónico		
Nombre del patrono	Actividades del patrono		
Dirección del patrono			
Dirección residencial			
		(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			
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 <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 PÓLIZA

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA													
	5,000	10,000	15,000	20,000	25,000	30,000	50,000	75,000	100,000	150,000	200,000	250,000	Otro	
Muerte accidental														
Invalidez total y permanente														
Lesiones corporales y desmembramiento														
Reembolso de gastos médicos por accidente														
Adelanto de gastos funerarios		\$1,500												
Renta diaria por hospitalización														
Prima														
Más 5% de impuestos														
Total a pagar														

Deportes que practica:	Profesión u otras ocupaciones que desempeña:	¿Maneja moto o vehículos similares Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Detalle:
¿Ha pilotado o piensa pilotar alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Detalle:		

¿Ha consultado algún médico por las siguientes enfermedades o ha padecido alguna de ellas? Marcar con una X su respuesta:

		Sí	No			Sí	No
1.	Enfermedad o defecto de la vista y oído			9.	Cáncer		
2.	Glaucoma			10.	Hipertensión arterial		
3.	Vértigo o vaídos			11.	Afecciones coronarias		
4.	Enfermedades mentales o del sistema nervioso			12.	Afección de la espina dorsal		
5.	Enfermedades del corazón			13.	Adolece de mutilaciones o deformación física		
6.	Enfermedades de los riñones			14.	Venas varicosas		
7.	Ataques o convulsiones			15.	Diabetes		
8.	Reumatismo			16.	Ha sufrido alguna operación quirúrgica o ha estado ingresado en algún hospital en los últimos 5 años.		

Estatura _____ metros pies Peso _____ kg lb En el último año ha aumentado _____ lb / ha perdido _____ lb

NOTA: ES IMPORTANTE INDICAR EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LOS MÉDICOS QUE LE HAYAN ATENDIDO Y LA FECHA.

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

Si ha respondido SÍ 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 tratante y hospital en donde se atendió.

¿Alguna vez alguna Compañía de seguros le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes o de salud a usted o alguno de sus dependientes? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí su respuesta es afirmativa, ampliar detalles:
¿Ha solicitado o recibido beneficios de hospitalización, incapacidad o algún otro tipo de beneficio médico de alguna compañía de seguros? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí su respuesta es afirmativa, ampliar detalles:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre de beneficiario en caso de muerte accidental	Cédula/ Pasaporte	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje (%)

RESPONSABLE DE PAGO

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

Si al momento de mi fallecimiento alguno(s) de los beneficiarios es menor de edad, la parte que le corresponda será entregada a _____ con cédula 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 cédula n° _____.

AUTORIZACION PARA OBTENCION DE INFORMACION

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 autentica 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.

AUTORIZACION ESPECÍFICA PARA EL CORREDOR

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 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 perjuicio 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."

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Principal

Fecha

DATOS DEL CORREDOR (quien declara haber revisado la información suministrada por el cliente o contratante "Ley 59, Art. 86, Numeral 2"):			
Nombre o razón social		Nº Licencia	
Firma del Corredor		Fecha	
SOLO PARA USO DE LA EMPRESA 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.		
Nombre y apellido del colaborador que revisa				
Cargo/ Ocupación		Firma		Fecha

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