

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

Nombre completo del asegurado principal:		Cédula/ Pasaporte:		
Fecha de expedición:		País de expedición:		
Dirección residencial	Provincia	Distrito	Corregimiento	Barriada, Calle y N° de casa/Edificio - Apartamento
Peso (lbs.):	Estatura (mts):	Estado civil:	Fecha de Nacimiento: dd/mm/yy	Correo Electrónico:
Nacionalidad:	País de Residencia:	Profesión:	Ocupación:	Es usted una Persona Políticamente Expuesta? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Cargo Actual:
Teléfono de oficina:	Teléfono residencial:	Teléfono celular:	Médico de Cabecera /Especialidad (El que actualmente consulta):	
No. De Empleado		Estamento		
Provincia		Oficial Administrativo		
Fecha de Efectividad		Tipo de Plan		
Persona de Contacto:		Teléfono residencial/oficina /celular:		

II. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Nombre completo de beneficiarios	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje %

Si al momento de mi fallecimiento alguno (s) de los beneficiarios es menor de edad, la parte que le corresponda le será entregada a _____, con cedula no. _____ quien ha sido instruido por mí 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 no. _____.

III .INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA COBERTURA DE SALUD

(No aplica para colectivo)

(Nota: Hijos de 18 a 25 años deben mostrar evidencia de ser estudiante a tiempo completo, padre o madre que viven en el hogar)

Nombre completo	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento	Médico/Especialidad	Peso (lbs):	Estatura (mts):

IV .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:

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

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:

#	Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u Hospital

V. RESPONSABLE DE PAGO COBERTURA (No aplica para colectivo)

PLAN:MINSEG	
SALUD LOCAL Y VIDA	<input type="radio"/>
SALUD INTERNACIONAL Y VIDA	<input type="radio"/>
SALUD LOCAL	<input type="radio"/>
SALUD INTERNACIONAL	<input type="radio"/>
VIDA	<input type="radio"/>

FRECUENCIA - PAGO	
ANUAL	<input type="radio"/>
SEMESTRAL	<input type="radio"/>
TRIMESTRAL	<input type="radio"/>
MENSUAL	<input type="radio"/>

FORMA DE PAGO	
PAGO VOLUNTARIO	<input type="radio"/>
TARJETA DE CRÉDITO	<input type="radio"/>
DCTO. BANCARIO	<input type="radio"/>

PRIMAS	TOTALES
Aseg. Principal	
Dependiente(s) – HASTA 5	
PRIMA DE VIDA	
SUB TOTAL	
IMPUESTO (5%)	
TOTAL PRIMA	

CONTRATANTE / RESPONSABLE ECONÓMICO DEL PAGO DE LA PRIMA	
NOMBRE COMPLETO	
CÉDULA	
RUC	
RELACIÓN CON EL ASEGURADO PRINCIPAL	
<input type="radio"/> Asegurado Principal	
<input type="radio"/> Familiar	
<input type="radio"/> Empleador	
<input type="radio"/> Otros	
En caso de ser "Familiar" u "Otro" Especifique:	

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	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
* Si su respuesta es afirmativa, proceda a contestar las preguntas en el formulario adjunto; si la misma es negativa diríjase a la casilla de firma del cliente.		

AUTORIZACIÓN PARA DETENCIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente, el 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 intencionalidad 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 servicio de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como cualquier país extranjero que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y para clínico, dictamen, diagnóstico, pre diagnóstico procedimiento u hospitalización relacionada con 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 PANAMÁ, S.A. 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 PANAMÁ, S.A. 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, clínica o cualquier otra similar, en donde haya sido atendido, a entregar a MAPFRE PANAMÁ, S.A. o sus representantes, cualquier información que guarde relación con lo ante expuesto. Por todo lo anterior relevo- relevamos y libero a todas esas personas, instituciones privadas y pública, nacionales o extranjera, 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 PANAMÁ, S.A. pueda hacer 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 relicencia 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.

“El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en este documento, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios o de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en www.mapfre.com.pa, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, reclamo, pago, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en www.mapfre.com.pa. y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 marzo de 2019. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional.”

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

En Panamá a los _____ del mes de _____ de año _____

Firma de la Contratante

Firma del asegurado (Si es mayor de edad)

Pólizas con Prima Anual Igual o Mayor a B/.10,000.00

DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN(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

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.