



Solicitud de Seguro de Asistencia Familiar
Conozca a su Cliente - Persona Natural

DATOS GENERALES					
Tipo de cliente: Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Responsable de Pago <input type="checkbox"/>					
Explique la relación entre Contratante, Asegurado y Pagador, en los caso que aplique:					
Favor completar un formulario Conozca a su Cliente adicional para el Contratante, cuando este sea distinto al Asegurado Principal.					
Primer nombre (*)		Segundo nombre		Apellido paterno (*)	
Apellido materno		Apellido de casada			
Cédula / Pasaporte (*)		Fecha de vencimiento			
		País de expedición			
Fecha de nacimiento (*)		País de Nacimiento (*)			
Estado civil (*)		Sexo (*)			
Nacionalidad (*)		País de residencia (*)			
Apartado postal		Correo electrónico (*)			
Tel. residencial		Celular (*)			
Dirección residencial (*)					
		(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)
				(Calle)	(Casa/Edificio)
DATOS OCUPACIONALES					
Empleado <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>		Jubilado <input type="checkbox"/>	
Pensionado <input type="checkbox"/>		Retirado <input type="checkbox"/>		Empresario <input type="checkbox"/>	
Inversionista <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>			
Profesión		Ocupación (*)			
Nombre e la empresa		Ingreso mensual aprox. (*)			
Actividad a la que se dedica					
Teléfono de oficina/ Fax		Correo electrónico Ofic.			
Dirección de la empresa					
		(País)	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)
				(Barriada)	(Calle)
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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					
PERFIL FINANCIERO (*)					
Ingresos anuales actividad principal <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$					
Ingresos anuales por otras actividades <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$					
Detalle origen de otras actividades					
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

RELACION DE ASEGURADOS (*)

No.	Nombre	Sexo (F/M)	Cédula/ Pasaporte	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Prima a pagar Asistencia Familiar	Prima a Pagar Muerte Accidental	Beneficio de Renta para Alimentos y Enseres Opción \$50 _____ Opción \$100 _____	Prima Total a pagar de acuerdo a la frecuencia de pago
Aseg. #1								
Dep. #1						N/A	N/A	
Dep. #2						N/A	N/A	
Dep. #3						N/A	N/A	
Dep. #4						N/A	N/A	
							Prima periódica	
							5% de impuesto	B/.
							Total a pagar	B/.

RECIBÍ DE _____ LA SUMA DE _____ (B/ _____), para aplicarla a la PRIMERA PRIMA del seguro de Asistencia Familiar que han solicitado a la compañía, según formulario del mismo número y fecha de este recibo. La cantidad antes indicada corresponde a la que el mismo declara haber pagado en la solicitud. Este recibo está sujeto a los términos y condiciones al reverso del mismo.

Lugar y fecha	Nombre del corredor	Firma	Licencia
			Recibo provisional N°

El beneficio de Renta para Alimentos y Enseres será pagadero a _____ con cédula _____ y parentesco _____.

BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL: CINCO MIL BALBOAS (B/5,000.00) (*)

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

Cualquier beneficio de esta suma que corresponda a un menor de edad se le pagará a _____ con cédula/ pasaporte _____ como contingente a _____ con cédula/pasaporte _____ quienes han sido instruidos por mí sobre la forma en que deberán disponer de la suma asegurada que recibirán de la Aseguradora.

DECLARACIÓN JURADA DE INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO (en todos los casos) (*) SOLICITUD NO. _____

Según su leal saber y entender alguno de los asegurados propuestos han informado que han padecido o padecen de las siguientes enfermedades graves preexistentes a la fecha del inicio del seguro, que a continuación le detallamos:

Pregunta	Aseg#1		Dep #1		Dep #2		Dep #3		Dep #4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Cáncer, tumores, diabetes, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular, SIDA, trastornos del hígado, páncreas, enfermedades cardíacas, leucemia, lupus, trastornos respiratorios, epilepsia, padecimientos psiquiátricos o cualquier otra condición relevante que pudiera afectar la salud de (los) asegurado(s).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Favor proporcionar detalles para las respuestas afirmativas con respecto a fechas, diagnósticos, tratamientos y médico que le atendió.

Pregunta No.	Nombre de la persona	Condición, lesión, síntoma de mala salud o resultado del examen. Si se practicó una operación, indicar tipo de operación	Fecha ocurrido (dd/mm/aaaa)	Médico tratante y hospital

FORMA DE PAGO (*)

Datos de cobro	Desc. Bancario <input type="radio"/>	Tarjeta de Crédito <input type="radio"/>	DS 11 meses <input type="radio"/>	Voluntario (solo para pagos anuales o semestrales) <input type="radio"/>		
Frecuencia de pago	Anual <input type="radio"/>	Semestral <input type="radio"/>	Trimestral <input type="radio"/>	Cuatrimstral <input type="radio"/>	Bimestral <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>

El asegurado y/o contratante declara haber contestado conforme a la verdad las preguntas precedentes las cuales reconoce como suyas, así como tiene conocimiento de las condiciones de la póliza que ha de ser emitida de acuerdo a la presente solicitud la cual forma parte integral de la misma y servirá de base a MAPFRE PANAMÁ, para el cobro de la prima correspondiente. Acepta que las declaraciones formuladas en esta solicitud de seguro son verdícas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna y autoriza a MAPFRE PANAMA, para requerir cualquier información a médicos, clínicas u hospitales, relacionadas con el estado de salud del asegurado principal y demás personas aseguradas, eximiendo a tales entes del secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

"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."

"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."

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar) (*):

Sí No 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 Contratante (*)		Fecha (*)	
Firma del Asegurado Principal (*)		Fecha (*)	
Firma de dependientes mayores de edad (*)		Fecha (*)	
DATOS DEL CORREDOR			
Nombre o razón social (*)		Nº Licencia (*)	
Firma del Corredor (*)		Fecha (*)	
SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA			
Nombre y apellido del colaborador que revisa (*)			
Cargo/ Ocupación (*)		Firma (*)	Fecha (*)