

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	
Fecha de expedición		País de expedición	
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 No Relación / Cargo: _____

Desde: _____ Hasta: _____ Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)

Cédula / Pasaporte: _____

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\$

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 POLIZA

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
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 piloteado 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 No 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 No 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.	Ingreso mensual
Relación con Asegurado Principal		Dirección	

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.

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

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."

"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."

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		

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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