



## Solicitud de Inscripción de Seguro Colectivo de Vida

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

### DATOS GENERALES

<input type="radio"/> Certificado nuevo	<input type="radio"/> Adición de dependientes						
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"/>	Nacionalidad
País de residencia				Seguro social			
Profesión				Ocupación			
Fecha de ingreso laboral				Ingreso mensual aprox.			
Teléfono residencial				Teléfono celular			
Correo electrónico				Miembro dominante		Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>
Estatura	metros <input type="radio"/>		pies <input type="radio"/>	Peso		libras <input type="radio"/> kilogramos <input type="radio"/>	
Médico de cabecera				Especialidad			
Dirección residencial							
(Provincia)		(Distrito)		(Corregimiento)		(Barriada)	(Calle)
						(Casa/Edificio)	
<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: _____ (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)				Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____ Cédula / Pasaporte: _____			

### DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Contratante o grupo					
Nº de Póliza		Fecha efectiva		Clase	Suma asegurada B./

### DECLARACIÓN DE SALUD

¿Ha sido hospitalizado en UCI o ha requerido ventilación mecánica por COVID hace menos de 1 año? Sí  No

¿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

Diagnóstico	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 nº \_\_\_\_\_ 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 nº \_\_\_\_\_.

Queda entendido y acordad 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 regular o después de la fecha efectiva del Convenio de Afiliación de mi empleador.

#### **AUTORIZACIÓN**

Por la presente autorizo a cualquier médico, medico practicante, Hospital, Clínica, Institución Gubernamental o cualquier otro proveedor de servicios médicos, o asegurador o empleador y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos o información sobre mi o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen, u hospitalización, a dar a MAPFRE Panamá, S.A. o a sus representantes autorizado esta información, la cual debe incluir información sobre tratamiento psiquiátrico, tratamiento contra el uso de drogas narcóticas o de alcohol. También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mi o mis dependientes a dar información a MAPFRE Panamá, S.A. o a sus representantes autorizados. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original. 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.

<b>DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar) :</b>			
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.			
<b>Firma del Asegurado Principal</b>		Fecha	
<b>Firma Administrador del Grupo</b>		Fecha	
<b>DATOS DEL CORREDOR</b>			
Nombre o razón social		Nº Licencia	
Firma del Corredor		Fecha	
<b>SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA</b>			
Nombre y apellido del colaborador que revisa			
Cargo/ Ocupación	Firma		Fecha