

**MAPFRE | PANAMÁ**

Ave. La Rotonda y Biv. Costa del Este
Edificio P.H. – GMT-P.B.
Panamá, Ciudad de Panamá
Apartado Postal 0816-03629
Teléfonos: (507) 378-3900 Fax: (507) 378-9888
R.U.C.: 597-46-103707 D.V.:98
MAPFRE | PANAMÁ
www.mapfre.com.pa

Solicitud de Inscripción de Seguro Colectivo de Vida

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

DATOS GENERALES

Certificado nuevo <input type="radio"/>		Adición de dependientes <input type="radio"/>	
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"/>
País de residencia		Nacionalidad	
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)
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: _____			

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Contratante o grupo			
N° 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

Diagnostico	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 (%)

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

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 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 cedula n° _____.

Queda entendido y acordado 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.

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.					
Firma del Asegurado Principal				Fecha	
Firma Administrador del Grupo				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