

Solicitud de Seguro de Hospitalización y Gastos Médicos

Conozca a su Cliente - Persona Natural

N°

DATOS GENERALES

Tipo de Cliente: Contratante <input type="radio"/> Asegurado Principal <input type="radio"/> Responsable de Pago <input type="radio"/>					
Favor completar un formulario Conozca a su Cliente adicional para el Contratante, cuando este sea distinto al Asegurado Principal.					
Primer nombre (*)			Segundo nombre		
Apellido materno				Apellido de casada/o	
Fecha de nacimiento (*)		Edad (*)		Cédula/ pasaporte (*)	
Estado civil (*)	Soltero	Casado <input type="radio"/>	Unido <input type="radio"/>	Sexo (*)	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Nacionalidad (*)				País de nacimiento (*)	
País de residencia (*)				Reside en Panamá desde (*)	años
Tel. residencial				Celular (*)	
Correo electrónico (*)				Apartado postal	
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)

DATOS OCUPACIONALES

Profesión			Ocupación (*)	
Nombre de la empresa			Correo electrónico	
Teléfono de oficina			Ingreso mensual aprox. (*)	
Dirección de la empresa				
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)

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 no mayor de dos (2) años desde el momento que cesa de ejercer funciones u obligaciones.

¿Es usted 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: _____

DECLARACION

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

POLIZAS 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 (*) Sí ☐ No ☐
Si su respuesta es afirmativa, favor completar también los campos marcados con doble asterisco (**).

DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN (**)

DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES:

(por favor 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
1			
2			
3			

DATOS DE PÓLIZA

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES (*)

Favor completar la siguiente información sobre los dependientes de la Póliza (los dependientes mayores de 18 años de edad deben ser estudiantes de tiempo completo; adjuntar último recibo de matrícula).

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido paterno	
Apellido materno		Apellido de casada		Cédula/pasaporte	
Fecha de nacimiento	(día) (mes) (año)	Edad		Sexo	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Reside en Panamá desde	(años)	Nacionalidad		Estatura	metros <input type="radio"/> pies <input type="radio"/>
Médico de cabecera				Especialidad	

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido paterno	
Apellido materno		Apellido de casada		Cédula/pasaporte	
Fecha de nacimiento	(día) (mes) (año)	Edad		Sexo	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Reside en Panamá desde	(años)	Nacionalidad		Estatura	metros <input type="radio"/> pies <input type="radio"/>
Médico de cabecera				Especialidad	

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido paterno	
Apellido materno		Apellido de casada		Cédula/pasaporte	
Fecha de nacimiento	(día) (mes) (año)	Edad		Sexo	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Reside en Panamá desde	(años)	Nacionalidad		Estatura	metros <input type="radio"/> pies <input type="radio"/>
Médico de cabecera				Especialidad	

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido paterno	
Apellido materno		Apellido de casada		Cédula/pasaporte	
Fecha de nacimiento	(día) (mes) (año)	Edad		Sexo	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Reside en Panamá desde	(años)	Nacionalidad		Estatura	metros <input type="radio"/> pies <input type="radio"/>
Médico de cabecera				Especialidad	

COBERTURA SOLICITADA (*)

Plan	
Vitalicio <input type="radio"/>	B/.
Reinstalable <input type="radio"/>	
Deducible	B/.
Frecuencia de pago	Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/>
Forma de pago	Pago voluntario <input type="radio"/> Tarjeta de crédito <input type="radio"/> ACH <input type="radio"/>

CUADRO DE PRIMAS POR FORMA DE PAGO (*)

Prima total	B/.
Impuesto Ley No. 1 (5%)	B/.
Prima a pagar	B/.

RESPONSABLE DE PAGO

Nombre completo		Cédula/ Pas. o RUC	
Correo electrónico		Tel. Residencial/ Cel.	
Relación con Asegurado Principal		Dirección	

¿Reemplazará esta cobertura algún seguro existente? (*) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si su respuesta es afirmativa, favor completar los campos a continuación, de otro modo dirigirse al siguiente recuadro.			
Compañía Aseguradora			
Fecha de cancelación de póliza	(día) (mes) (año)	Número de póliza anterior	

¿Alguna vez, alguna compañía de seguros le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de Vida, de Accidentes o de Salud a usted o a alguno de los dependientes nombrados? (*) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si respuesta es afirmativa, ampliar detalles:	
¿Alguno de sus familiares más cercanos desempeña o ha desempeñado funciones públicas de alta jerarquía, destacadas en el país o en el extranjero (PEP)? (*) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si respuesta es afirmativa, ampliar detalles:	

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

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

(*) Campos obligatorios.

(**) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00 y personas políticamente expuestas.

CUESTIONARIO MÉDICO (*)

Conteste todas las preguntas con exactitud, las cuales están dirigidas al Asegurado Principal y sus Dependientes. Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Subraye las condiciones a las cuales haya contestado afirmativamente y facilite detalle de las mismas en el cuadro inferior al cuestionario.

1. ¿Ha fumado cigarrillos, puros, pipas o similares en los últimos doce (12) meses? ¿Cuántos cigarrillos o productos de tabaco fuma al día? _____ Desde cuando _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
2. ¿Usted ingiere licor? ¿Cuántas copas o vasos ingiere? _____ ¿Con qué frecuencia? Diariamente <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
3. ¿Tiene usted antecedentes de uso o abuso de drogas lícitas o ilícitas?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
4. ¿Practica usted algún tipo de deporte de forma profesional? Indique deporte: _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
5. ¿Ha sido diagnosticado de trastornos depresivos menores: ansiedad, depresión reactiva?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
6. ¿Ha sido tratado o se le ha informado de presentar Dislipidemias: Colesterol o triglicéridos altos?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
7. ¿Se ha realizado la prueba del VIH/ SIDA? En caso afirmativo, detallar lugar donde se realizó la prueba y resultado.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
8. ¿Ha sido diagnosticado de HIV o SIDA?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
9. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del sistema endocrino tales como: Diabetes mellitus, Alteraciones Corticoadrenales, Obesidad Mórbida?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Preguntas adicionales solo para féminas (P. 10-14)

10. ¿Ha visitado a su ginecólogo en los últimos 2 años? Nombre del ginecólogo: _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
11. ¿Se ha realizado un PAP en los últimos 2 años? En caso afirmativo, detallar. _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
12. ¿Está Ud. embarazada actualmente?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
13. ¿Se ha realizado Histerectomía? Indicar hace cuántos años. Adjuntar Patología. _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
14. ¿Se ha realizado alguna prueba, examen, ultrasonido, mamografía, u otro procedimiento relacionado a sus órganos reproductivos no mencionados en este cuestionario?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Pregunta adicional solo para hombres (P. 15)

15. ¿Se ha realizado la prueba de PSA en los últimos 2 años?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
16. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del Aparato Digestivo y Genitourinario: Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías Crónicas (cirrosis, hepatitis B, C o D) Insuficiencia Renal Crónica, o alguna irregularidad en los riñones?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
17. ¿Ha sido tratado por antecedentes de Cirugía Bariátrica?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
18. ¿Ha sido diagnosticado con enfermedad diverticular?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
19. ¿Ha sido diagnosticado con poliposis intestinal?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
20. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades benignas del riñón: riñones poliquísticos, sangre en la orina?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
21. ¿Ha sido diagnosticado de Litiasis renoureterales?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22. ¿Ha sido diagnosticado de Neoplasias Malignas (Cáncer), Leucemia, Linfoma?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del Aparato Respiratorio: Enfermedad Obstructiva crónica (EPOC), Fibrosis Pulmonar, Neumonitis, Granulomatosis, Neumoconiosis, Histiocitosis?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
24. ¿Sufre de Asma?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
25. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del sistema circulatorio: Cardiopatía Isquémica (infartos), Insuficiencia cardiaca, Miocardiopatía, Trastornos del Ritmo, Soplos?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
26. ¿Ha sido tratado o se le ha informado de padecer de Hipertensión Arterial o valores alterados de presión arterial?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
27. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades de la sangre y órganos Hematopoyéticos: Hemofilia, Anemia Falciforme, alteraciones de la coagulación o púrpura?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
28. ¿Ha recibido transfusión sanguínea?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
29. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades de la Columna vertebral o se le ha realizado cirugía de la columna vertebral?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
30. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades Cerebrovasculares, aterosclerosis, derrames, accidentes cardiovasculares?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
31. ¿Ha sido tratado por Migraña o Cefaleas?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
32. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades del sistema nervioso: Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias, Convulsiones?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
33. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades: Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Retraso Mental, Trastornos de la conducta alimenticia?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
34. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedades reumáticas y de tejido conectivo: Lupus, Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilopoyética, Dermatomiositis, Distrofias musculares, Fibromialgia, Osteoporosis?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
35. ¿Nació prematuro? Indicar de cuantos meses.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
36. ¿Ha sido diagnosticado de Anomalías congénitas, cromosómicas o hereditarias?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
37. ¿Hay o ha habido alguna condición médica, signo o síntoma o tratamiento que no se haya mencionado en este cuestionario?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
38. ¿Ha recibido exámenes físicos o chequeos periódicos, o ha estado bajo observación en alguna clínica, o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico o quirúrgico, o alguna prueba de diagnóstico que no ha llevado a cabo, o ha estado recluido en algún hospital fuera de lo declarado aquí?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
39. ¿Ha sido hospitalizado en UCI o ha requerido ventilación mecánica por COVID hace menos de 1 año?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor suministrar la siguiente información

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

PARA SER COMPLETADO POR EL CORREDOR			
1.	¿Cuánto hace que conoce al solicitante del seguro? (*) _____		
2.	¿Le consta que su cliente contestó y firmo esta solicitud de seguros? (*)	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
3.	¿Recomienda usted a su cliente por su moralidad y reputación? (*)	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
4.	¿Conoce algún hecho en contradicción con las respuestas del solicitante? (*)	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
5.	De detalles: _____		
Por este medio declaro bajo la gravedad de juramento, en mi calidad de Corredor Profesional de Seguros que a mi leal saber y entender la información aquí suministrada por el cliente o contratante “Ley 59., Art. 86, Numeral 2” es veraz y completa.			
Nombre o razón social (*) _____		Nº Licencia (*) _____	
Firma del Corredor (*) _____		Fecha (*) _____	

CUANDO ES SEGURO INDIVIDUAL: Queda entendido y acordado que, en caso de aprobación por parte de La Aseguradora de la presente solicitud de seguros, la cobertura tomará inicio desde la fecha que se indique en las Condiciones Particulares del plan seleccionado. La Aseguradora no considerará ninguna contratación de póliza que no venga acompañada con el pago total de la primera prima.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

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 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 mi o mis dependientes a dar información a MAPFRE PANAMÁ, 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. **AUTORIZACIÓN 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 PANAMA, S.A. con relación a esta póliza se entenderá que la hacen 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, error, inexactitud o reticencia 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.

“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, para el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, 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, 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, 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, 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. 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, autoriza expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional.”

Fechado en _____ el _____ de _____ de 20_____

Firma del Asegurado Principal

Firma de Dependiente(s) mayor(es) de edad

Firma del Contratante/ Representante Legal

Firma de Dependiente(s) mayor(es) de edad

SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA				
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.		
Nombre y apellido del colaborador que revisa (*)				
Cargo/ Ocupación (*)		Firma (*)		Fecha (*)