

### I. DATOS PERSONALES (Favor completar la información requerida con la letra impresa)

Nombre completo del asegurado principal:			Cédula/ Pasaporte:		
Dirección residencial		Provincia	Distrito	Corregimiento	Barriada, Calle y N° de casa/Edificio - Apartamento
Peso (lbs):	Estatura (mts):	Estado civil:		Fecha de Nacimiento:	Correo Electrónico:
4Teléfono de oficina:	Teléfono residencial:	Teléfono celular:		Médico de Cabecera /Especialidad (El que actualmente consulta):	
Persona de Contacto:			Teléfono residencial/oficina /celular:		

### II. INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA COBERTURA DE SALUD

(Nota: Hijos de 18 a 25 años deben mostrar evidencia de ser estudiante a tiempo completo, padre o madre que viven en el hogar)

Nombre completo	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento	Médico/Especialidad	Peso (lbs):	Estatura (mts):

### III. CUESTIONARIO DE SALUD

Estimado(a) Señor(a), le solicitamos responder en su totalidad las siguientes preguntas, ya que estas nos brindarán la facilidad de evaluar su solicitud de ingreso al Plan elegido de una forma más ágil y clara, permitiéndonos otorgarle cobertura lo antes posible. No piense que el contestar positivamente alguna de ella le limitará necesariamente alguna cobertura de salud.

Por favor conteste si usted o algún dependiente nombrado ha tenido alguna(s) condición(s), signo(s) o síntoma(s) manifestados y/o evidentes que aún no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado de que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por algunas de las siguientes condiciones:

Marque con una X su respuesta

	SI	NO
1. Diabetes mellitus, HIV, Sida, Trastornos o enfermedad cerebral, neurológico o de columna vertebral, Epilepsia, Enfermedad renal crónica, Enfermedad del corazón, Neoplasias Malignas (cáncer)		
2. Padecimientos respiratorios, urinarios, músculos esqueléticos, Sistema digestivo o de los órganos reproductivos.		
3. Cualquier tipo de quistes o tumores benignos		
4. Problemas alcohólicos o problemas de drogas		
5. ¿Ha estado usted o alguno de sus dependientes recluido en un hospital o institución similar o recibido transfusiones de sangre?		
6. ¿Está usted o alguna de sus dependientes nombradas embarazadas actualmente?		
7. ¿Ha presenta Usted o alguno de sus dependientes nombrados, alguna condición médica, signo, síntoma o accidente, examen o diagnóstico que no haya mencionado en este cuestionario?		

Si ha respondido SI 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 y hospital en donde se atendió:

#	Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u Hospital

\* Si requiere otra hoja para mayores detalles puede solicitarla al agente

PLAN:MI PLAN PÓLIZA: PPO PAN MCH FORMAS Y PAGO DE PRIMAS
--

PRIMAS	TOTALES
PRIMA ASEGURADA Y FAMILIA (ASEG. PRINCIPAL – HASTA 5 DEPENDIENTES)	
PRIMA ADICIONAL	
SUB TOTAL	
IMPUESTO (5%)	
TOTAL PRIMA	

FRECUENCIA - PAGO	
ANUAL	<input type="radio"/>
SEMESTRAL	<input type="radio"/>
TRIMESTRAL	<input type="radio"/>
MENSUAL	<input type="radio"/>

FORMA DE PAGO	
PAGO VOLUNTARIO	<input type="radio"/>
TARJETA DE CRÉDITO	<input type="radio"/>
DCTO. BANCARIO ¿ACH?	<input type="radio"/>

RESPONSABLE ECONÓMICO DEL PAGO DE LA PRIMA	
NOMBRE COMPLETO	
CÉDULA	
RUC	
RELACIÓN CON EL ASEGURADO PRINCIPAL	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
En caso de ser "Familiar" u "Otro" Especifique:	

### AUTORIZACIÓN PARA DETENCIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente, el pleno conocimiento de la ley N° 68 de 20 de noviembre de 2003 y de más 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 servicio de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como cualquier país extranjero que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico y para clínico, dictamen, diagnóstico, pre diagnóstico procedimiento u hospitalización relacionada con mi Persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia autentica de mí 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 tan válida como su original. Con esta manifestación de voluntad libre y espontanea, autorizo a los hospitales, médicos, laboratorios, clínica o cualquier otra similar, en donde haya sido atendido, a entregar a MAPFRE PANAMÁ, S.A. o sus representantes, cualquier información que guarde relación con lo ante expuesto. Por todo lo anterior relevo- relevamos y libero a todas esas personas, instituciones privadas y pública, nacionales o extranjera, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia autentica de dicha información y documentación arriba descrita. El suministro de dicha información es esencial para que MAPFRE PANAMÁ, S.A. pueda hacer justa valoración de la solicitud del seguro y cualquier reclamación futura que se presente una vez emitida y entregada la póliza.