

Colectivo de Vida

(Con cobertura para dependientes)

DATOS PERSONALES (Favor completar la información requerida con letra imprenta)

								Fecha Efectiva	
Nombre del Contratante o Grupo				Nº de Poliza				Clase	
Nombre Completo del Asegurado Principal				Cédula/ Pasaporte				Sexo	
echa de Nacimiento (día-mes-año) Nacionalidad		Seguro Social	Miembro Dominante Teléfono						
				Izquierdo	Derech	. H			
echa de Ingreso a Trabajar		Estado Civil	Ingreso Mensual	Correo Electrónico					
irección Residencial		4		Suma Asegu	urada		Ocupacio	5a	
	Distrito	Corregin	niento	_ Guilla Asegu	uraua		Ocupacio	JII	
Barriada, Calle y N° de Casa/ Edificio y Apto				Estatura Peso Méd			Médico	lédico de Cabecera – Especialidad	
Asegurado Adicional	Nombre				Fecha	de Nacin	niento	Cédula	
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Hijo 3									
DECLARACION Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirm Diagnostico	ın tipo de atenció	ón o tratamiento se	obre alguna condició ción abajo	n de salud? S	i	NO _		-41	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú	ın tipo de atenció	ón o tratamiento se	obre alguna condició:	n de salud? S	il	NO _		Clínica	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirn	ın tipo de atenció	ón o tratamiento se	obre alguna condició ción abajo	n de salud? S	i	NO _		-41	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirm Diagnostico	in tipo de atenció nativa, favor am DE BENEF	on o tratamiento so pliar la informac	obre alguna condició ión abajo Nombre del Méd	n de salud? Si		Fecha		Clínica	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirm Diagnostico	in tipo de atenció nativa, favor am DE BENEF	on o tratamiento so pliar la informac	obre alguna condició ción abajo	n de salud? Si	Parentes	Fecha		-41	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirm Diagnostico	in tipo de atenció nativa, favor am DE BENEF	on o tratamiento so pliar la informac	obre alguna condició ión abajo Nombre del Méd	n de salud? Si		Fecha		Clínica	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirm Diagnostico	in tipo de atenció nativa, favor am DE BENEF	on o tratamiento so pliar la informac	obre alguna condició ión abajo Nombre del Méd	n de salud? Si		Fecha		Clínica	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirm Diagnostico DESIGNACION Nombre completo del	n tipo de atenciónativa, favor am	in o tratamiento so pliar la informac	obre alguna condició ión abajo Nombre del Médi Fecha de Nacim	ico	Parentes	NO _ Fecha	Porc	Clínica	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirm Diagnostico DESIGNACION Nombre completo del	DE BENEF Beneficiario	FICIARIOS ALGUNO(S) DE LOS CON CEI	obre alguna condició ión abajo Nombre del Méd Fecha de Nacim B BENEFICIARIOS ES I DULA Nº	iento F	Parentes ND, LA PAI QUIEN	NO _ Fecha GCO RTE QUE HA SIDO	Porce LE CORRE	Clínica Sentaje % ESPONDA SERA ENTREGADA D POR MI SOBRE LA FORMA	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirm Diagnostico DESIGNACION Nombre completo del	DE BENEF Beneficiario	FICIARIOS ALGUNO(S) DE LOS CON CEI LUE RECIBA DE LA	Fecha de Nacim Beneficiarios es i	iento F MENOR DE EDA	Parentes AD, LA PAI QUIEN O, SE CON	RTE QUE HA SIDO SIDERE A	Porce LE CORREINSTRUIDO DICHA PEI	Clínica entaje % ESPONDA SERA ENTREGADA	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algúsi la respuesta es afirm Diagnostico DESIGNACION Nombre completo del SI AL MOMENTO DE MI FORDESIGNO COMO BENEFIC Queda entendido y acordado	DE BENEF Beneficiario CALLECIMIENTO A CON LA SUMA Q CIARIO CONTINGE o que el presente se	FICIARIOS ALGUNO(S) DE LOS CON CEI BUE RECIBA DE LA ENTE A eguro no se hará efe	obre alguna condició ión abajo Nombre del Méd Fecha de Nacim BENEFICIARIOS ES I DULA Nº ASEGURADORA, SIN ectivo hasta que sea apro	iento F MENOR DE EDA QUE POR ESTO	Parentes ND, LA PAI QUIEN QUEN CON además nii	RTE QUE HA SIDO SIDERE A CEDULA I	Porce LE CORRE INSTRUIDO DICHA PEI	Clínica Sentaje % ESPONDA SERA ENTREGADA D POR MI SOBRE LA FORMA	
Ha sido usted paciente de decido o recibido algúsi la respuesta es afirm Diagnostico DESIGNACION Nombre completo del SI AL MOMENTO DE MI FOUE DEBERA PROCEDER DESIGNO COMO BENEFICO De de decidivamente en mi lugar de lutorización:	DE BENEF Beneficiario CALLECIMIENTO A CON LA SUMA Q CIARIO CONTINGE o que el presente se trabajo regular o er	FICIARIOS ALGUNO(S) DE LOS CON CEI EUE RECIBA DE LA ENTE A eguro no se hará efen	Fecha de Nacim BENEFICIARIOS ES IDULA N° ASEGURADORA, SIN decitivo hasta que sea apra la efectiva del Convenio	iento F MENOR DE EDA QUE POR ESTO Debado y emitido, a de Afiliación de la	Parentes ND, LA PAI QUIEN O, SE CON CON además nii mi emplea	RTE QUE HA SIDO SIDERE A CEDULA I ngún segu	Porce LE CORRE INSTRUIDO DICHA PEI N° ro será efec	ESPONDA SERA ENTREGADA D POR MI SOBRE LA FORMA RSONA COMO BENEFICIARIA tivo hasta que este trabajando	
Ha sido usted paciente padecido o recibido algú Si la respuesta es afirm Diagnostico DESIGNACION Nombre completo del SI AL MOMENTO DE MI FOUE DEBERA PROCEDER DESIGNO COMO BENEFICO Queda entendido y acordado activamente en mi lugar de autorización: la poliza de grupo que tengar us representantes autorizado e ualquier organización o persona ha fotocopia de esta autorización a fotocopia de esta autorización a fotocopia de esta autorización se fotocopia de esta autorización a fotocopia de esta autorización se fotocopia de esta autorización con control de la poliza de esta autorización o persona fotocopia de esta autorización se fotocopia de esta autorización con control de la poliza de la poliza de esta autorización con control de la poliza de la poliza de esta autorización con control de la poliza de la poliza de esta autorización con control de la poliza de la poliza de esta autorización control de la poliza de la poliza de esta autorización con control de la poliza de la poliz	DE BENEF Beneficiario CIARIO CONTINGE o que el presente se trabajo regular o er older médico, medico pr o datos o información esta información, la cua a que tenga cualquier in ón será tan valida con isón será tan valida con	FICIARIOS FICIARIOS ALGUNO(S) DE LOS CON CEI UE RECIBA DE LA ENTE A eguro no se hará efe n después de la fech racticante, Hospital, Clir sobro mi o mis doponi lal debe induir informan no su original. Autoriza no su original. Autoriza.	Fecha de Nacim Fecha de Nacim BENEFICIARIOS ES I DULA Nº ASEGURADORA, SIN dectivo hasta que sea apro la efectiva del Convenio nica, Institución Gubername contes con referencia e cuelción sobre tratamiento psiquo mo medica, sobre mi o mis di al corredor a que recibis d' al	iento F MENOR DE EDA QUE POR ESTO Dibado y emitido, a de Afiliación de u ntal o cualquier otro quier tratamiento , e piátrico, tratamiento pecedite en mia dornin	Parentes AD, LA PAI QUIEN D, SE CON además nii emplea proveedor examen, dict contra el us formación ar ec cualquier	RTE QUE HA SIDO SIDERE A CEDULA I ngún segu idor. de servicios amen, u hos so de drogas MAPFRE P información	Porce LE CORRE INSTRUIDO DICHA PEI No ro será efec médicos, o as pitalización, a s narcóticas o anamá, S. A. c solicitud de i	ESPONDA SERA ENTREGADA D POR MI SOBRE LA FORMA RSONA COMO BENEFICIARIA tivo hasta que este trabajando segurador o empleador y tenedores to dar a MAPITRE Panamá, S.A. o a de alcohol. También autorizo a a sus representantes autorizados. Información o no rafifeación por parte	
El AL MOMENTO DE MI F DESIGNACION Nombre completo del DESIGNO COMO BENEFIC Queda entendido y acordado cutivamente en mi lugar de dutorización: Por la presente autorizo a cualque le la póliza de grupo que tengue una fotocopia de esta autorizado e unalquier organización o persona fina fotocopia de esta autorizado le La Aseguradora al igual que le representación para todos los esertificación:	DE BENEF Beneficiario FALLECIMIENTO A R CON LA SUMA Q CIARIO CONTINGE to que el presente se trabajo regular o er siter médico, medico pr seta información e us a que tenga cualquier in ión será tan valida cor a poliza efectiva. Cua efectos legales. ecdaraciones en toda e	FICIARIOS FICIARIOS CON CEL CON CEL	Fecha de Nacim Fecha de Nacim BENEFICIARIOS ES I BULA Nº ASEGURADORA, SIN I Cectivo hasta que sea apro la efectiva del Convenio la convenio monte. Institución Gubername contes con referencia e cual ción sobre tratamiento psiquion medica, sobre ini o mis di al corredor a que reciba y acción que haga el corredor deras, están completas y nederas, están completas y ned	iento F MENOR DE EDA QUE POR ESTO Dado y emitido, a o de Afiliación de entralamiento, e o de a	Parentes ND, LA PAI QUIEN QUEN O CON además ni mi emplea proveedor examen, dict examen, dic	RTE QUE HA SIDO SIDERE A CEDULA I ngún segu idor. de servicios ame de drogat MAPFRE P información, elación a esi	Porce LE CORRI INSTRUIDO DICHA PEI Nº ro será efec médicos, o as pitalización, a s narcóticas o anamá, S.A. o solicitud de i a póliza se er	Clínica Centaje % ESPONDA SERA ENTREGADA D POR MI SOBRE LA FORMA RSONA COMO BENEFICIARIA tivo hasta que este trabajando segurador o empleador y tenedores a dar a MAPFRE Panamá, S.A. o a de alcohel- También autorizo a a sus reporesentantes autorizados.	
BI AL MOMENTO. DE MI F DUE DEBERA PROCEDER DESIGNO COMO BENEFIC Queda entendido y acordado activamente en mi lugar de autorización: le la póliza de grupo que tengar us representantes autorizo a cualque le la póliza de grupo que tengar us representantes autorizado e la Aseguradora al igual que l certifico que las respuestas y de sertificación: le carlificación:	DE BENEF Beneficiario FALLECIMIENTO A R CON LA SUMA Q CIARIO CONTINGE to que el presente se trabajo regular o er tidade con la cue la	FICIARIOS FICIARIOS CON CEL CON CEL	Fecha de Nacim Fecha de Nacim BENEFICIARIOS ES I BULA Nº ASEGURADORA, SIN I Cectivo hasta que sea apro la efectiva del Convenio la convenio monte. Institución Gubername contes con referencia e cual ción sobre tratamiento psiquion medica, sobre ini o mis di al corredor a que reciba y acción que haga el corredor deras, están completas y nederas, están completas y ned	iento F MENOR DE EDA QUE POR ESTO Dado y emitido, a o de Afiliación de entralamiento, e o de a	Parentes ND, LA PAI QUIEN QUEN O CON además ni mi emplea proveedor examen, dict examen, dic	RTE QUE HA SIDO SIDERE A CEDULA I ngún segu idor. de servicios ame de drogat MAPFRE P información, elación a esi	Porce LE CORRI INSTRUIDO DICHA PEI Nº ro será efec médicos, o as pitalización, a s narcóticas o anamá, S.A. o solicitud de i a póliza se er	Clínica Centaje % ESPONDA SERA ENTREGADA D POR MI SOBRE LA FORMA RSONA COMO BENEFICIARIA tivo hasta que este trabajando segurador o empleador y tenedores i dar a MAPITRE Panamá, S.A. o a i de alcohol. También autoriza dos. nformación o notificación por parte tenderá que la hace en mi nombre d o reticencia de mi parte y de ser	