

Colectivo de Vida

(Con cobertura para dependientes)

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

Nombre del Contratante o Grupo			N° de Póliza		Fecha Efectiva
					Clase
Nombre Completo del Asegurado Principal			Cédula/ Pasaporte		Sexo
Fecha de Nacimiento (día-mes-año)	Nacionalidad	Seguro Social	Miembro Dominante		Teléfono
			Izquierdo <input type="checkbox"/>	Derecho <input type="checkbox"/>	
Fecha de Ingreso a Trabajar	Estado Civil	Ingreso Mensual \$	Correo Electrónico		
Dirección Residencial			Suma Asegurada	Ocupación	
Provincia	Distrito	Corregimiento			
Barriada, Calle y N° de Casa/ Edificio y Apto			Estatura	Peso	Médico de Cabecera – Especialidad

Asegurado Adicional	Nombre	Fecha de Nacimiento	Cédula
Cónyuge			
Hijo 1			
Hijo 2			
Hijo 3			

DECLARACION DE SALUD

¿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? **SI** **NO**

Si la respuesta es afirmativa, favor ampliar la información abajo

Diagnostico	Nombre del Médico	Fecha	Clínica

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Nombre completo del Beneficiario	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje %

SI AL MOMENTO DE MI FALLECIMIENTO ALGUNO(S) DE LOS BENEFICIARIOS ES MENOR DE EDAD, LA PARTE QUE LE CORRESPONDA SERA ENTREGADA A _____ CON CEDULA N° _____ QUIEN HA SIDO INSTRUIDO POR MI SOBRE LA FORMA EN QUE DEBERA 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 este trabajando activamente en mi lugar de trabajo regular o en 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 medica, 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 valida 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.

Firma del Asegurado Principal	Fecha
Administrador del Grupo	Firma, licencia y sello del corredor