

## SOLICITUD DE INSCRIPCION DE SEGUROS DE SALUD

### Colectivo de Salud, Vida y Accidentes Personales, y otras necesidades de cobertura Para los Empleados Temporales de la Autoridad del Canal de Panamá

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

|   |                     |                  |  |                                 |
|---|---------------------|------------------|--|---------------------------------|
| Nombre Completo del Asegurado Principal |                     |                  |  | Cédula/ Pasaporte               |
| Dirección Residencial                   |                     |                  |  | Plan de Salud<br>TEMPORAL - ACP |
| Peso (lbs)                              | Estatura (metros)   | Estado Civil     | Fecha de Nacimiento (día-mes-año)                              | Correo electrónico              |
| Teléfono oficina                        | Teléfono residencia | Teléfono celular | Médico de Cabecera /Especialidad (el que actualmente consulta) |                                 |
| Nombre del cónyuge o compañero(a)       |                     |                  | Fecha de Nacimiento (día-mes-año)                              | Cédula del cónyuge              |

#### DESIGNACION DE BENEFICIARIOS (Aplica solo para el Beneficio de Vida)

#### SUMA ASEGURADA (PARA SER LLENADO POR MUNDIAL) \$

| Nombre completo del Beneficiario | Fecha de Nacimiento | Cedula | Parentesco | Numero de Teléfono | Porcentaje % |
|----------------------------------|---------------------|--------|------------|--------------------|--------------|
|                                  |                     |        |            |                    |              |
|                                  |                     |        |            |                    |              |
|                                  |                     |        |            |                    |              |
|                                  |                     |        |            |                    |              |

     **Por parte iguales o a los sobrevivientes entre ellos:** Distribución por parte iguales a los beneficiarios vivos al momento del pago de reclamo, (de seleccionar esta opción de todas formas deben indicar en el cuadrante el Porcentaje % que corresponde a cada beneficiario).

     **Según distribución especial:** Distribución especial a las personas que sobrevivan como beneficiarios, indicar nombres y Porcentajes.

\_\_\_\_\_.

SI AL MOMENTO DE MI FALLECIMIENTO ALGUNO(S) DE LOS BENEFICIARIOS ES MENOR DE EDAD, LA PARTE QUE LE CORRESPONDA SERA ENTREGADA COMO TUTOR A \_\_\_\_\_ CON CEDULA N° \_\_\_\_\_ Y EN AUSENCIA DE ESTE A \_\_\_\_\_ CON CEDULA N° \_\_\_\_\_ QUIEN HA SIDO INSTRUIDO POR MI SOBRE LA FORMA EN QUE DEBERA PROCEDER CON LA (S) SUMA(S) QUE RECIBA DE LA ASEGURADORA, SIN QUE POR ESTO, SE CONSIDERE A DICHA PERSONA COMO BENEFICIARIA.

Queda entendido y acordado que el presente seguro no se hará efectivo hasta que sea aprobado y emitido, además ningún seguro será efectivo después de la fecha efectiva del Convenio de Afiliación de mi empleador. Si el plan de seguros es sobre la base de contribución, autorizo a mi empleador a deducirlo de mi salario mi parte de la prima.

#### Autorización:

Por la presente autorizo a cualquier médico, médico practicante, Hospital, Clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomas, Ministerio de Salud y cualquier otra Institución Gubernamental, incluyendo a la Autoridad del Canal de Panamá, 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 proporcionar a Aseguradora Mundial, S.A. o a sus representantes autorizados esta información, la cual debe incluir (si existiese) 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 Aseguradora Mundial, S.A. o a sus representantes autorizados. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original.

De igual forma autorizo a Aseguradora Mundial, S.A. a tener acceso irrestricto a la información de reclamos que se genere como resultado de mi participación en la presente póliza colectiva.

#### Compromiso:

Aseguradora Mundial, S.A. certifica que toda la información del asegurado a la que tenga acceso, producto de las autorizaciones anteriores, será tratada con la más estricta confidencialidad y será de uso privado y exclusivo de la misma para la operación del certificado póliza que se emita producto de esta solicitud.

#### Certificación Final:

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..

|                               |               |                  |
|-------------------------------|---------------|------------------|
| <b>Firma del Colaborador:</b> | <b>Fecha:</b> | <b>División:</b> |
| <b>IP #:</b>                  |               |                  |