

# SOLICITUD COMBINADA DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS Y SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

La información proporcionada en este formulario es confidencial para uso de Pan-American Life de Guatemala. Toda pregunta deberá ser contestada sin usar rayas, ni comillas y escritas por el Solicitante.

Póliza nueva    Adición de dependientes    Cambio de plan    Rehabilitación   Número de Póliza

## I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido de Casada	
Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año		Sexo		Número de Identificación Tributaria		Ocupación	
					<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F				
Lugar de trabajo		Descripción exacta de la ocupación				Estado civil *		No. de Documento de Identificación	

\*S: Soltero(a)   C: Casado(a) D: Divorciado(a)   V: Viudo(a)   U: Unión Libre (Unión de Hecho)

## II- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

### Dirección residencial

Dirección			
Ciudad	Departamento	Código postal	País de Residencia

### Dirección Postal

Dirección (si es diferente de la anterior)			
Ciudad	Departamento	Código postal	País de Residencia
Teléfono de la casa		Celular	
Fax		Correo electrónico	

1. Nombre para la factura (si es distinto del solicitante)  NIT:

2. Dirección para la factura (si es diferente)

## III- INFORMACIÓN DE LOS SOLICITANTES

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido de Casada	
Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año		Sexo		Número de Identificación Tributaria		Ocupación	
					<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F				
Lugar de trabajo		Descripción exacta de la ocupación				Estado civil *		No. de Documento de Identificación	

### III- INFORMACIÓN DE LOS SOLICITANTES (CONTINUACIÓN)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
---------------	----------------	-----------------	------------------	--------------------

Parentesco	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Estado civil *	Ocupación
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
---------------	----------------	-----------------	------------------	--------------------

Parentesco	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Estado civil *	Ocupación
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
---------------	----------------	-----------------	------------------	--------------------

Parentesco	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Estado civil *	Ocupación
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
---------------	----------------	-----------------	------------------	--------------------

Parentesco	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Estado civil *	Ocupación
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

\*S: Soltero(a)      C: Casado(a) D: Divorciado(a)      V: Viudo(a)      U: Unión Libre (Unión de Hecho)

### IV- PÓLIZA(S) SOLICITADA(S)

#### 1. Planes en Moneda Quetzales

1.1. PANAMEDIC: Seguro Individual de Gastos Médicos. Por favor seleccione un plan:

Plata Plus     Bronce     Salud Activa

1.2. Anexo cobertura de Vida y MYDA

Q 50,000     Q 100,000     Q 150,000     Q 200,000     Q 250,000     Q 300,000

1.3. Anexo de Cobertura Dental (Opcional)

Sí     No

1.4. Plan de Enfermedades Graves (opcional)

	Plan A	Plan B	Plan C
Enfermedades Graves*	<input type="checkbox"/> Q 80,000	<input type="checkbox"/> Q 120,000	<input type="checkbox"/> Q 160,000
Enfermedades Graves* y Renta diaria por hospitalización por accidente y/o enfermedad	<input type="checkbox"/> Q 80,000 <input type="checkbox"/> Q 400	<input type="checkbox"/> Q 120,000 <input type="checkbox"/> Q 800	<input type="checkbox"/> Q 160,000 <input type="checkbox"/> Q 1200

\*Incluye cobertura de muerte accidental de Q40,000 \*\*Asegurado Principal, Cónyuge e Hijos

Cobertura Para:  Asegurado Principal     Asegurado Principal + Cónyuge     Núcleo familiar\*\*

## IV- PÓLIZA(S) SOLICITADA(S) (CONTINUACIÓN)

### 2. Planes Moneda Dólares Americanos

2.1. HEALTHACCESS: Seguro Individual de Gastos Médicos. Por favor seleccione un plan:

Plan I  Plan II

2.2. Anexo de Cobertura Dental (opcional)

Sí  No

2.3. Plan de Enfermedades Graves (opcional)

	Plan A	Plan B	Plan C
Enfermedades Graves*	<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> \$20,000
Enfermedades Graves* y Renta diaria por hospitalización por accidente y/o enfermedad	<input type="checkbox"/> \$10,000 \$50	<input type="checkbox"/> \$15,000 \$100	<input type="checkbox"/> \$20,000 \$150

\*Incluye cobertura de muerte accidental de \$5,000 \*\*Asegurado Principal, Cónyuge e Hijos

Cobertura Para:  Asegurado Principal  Asegurado Principal + Cónyuge  Núcleo familiar\*\*

## V- BENEFICIARIOS

En caso de ser aceptada a mi solicitud, nombro como beneficiarios de mi seguro de vida:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

## VI- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

1. ¿La cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente?

Sí  No

En caso afirmativo, por favor adjunte una copia:

### Certificado de Cobertura

• Recibo del último pago

• Nombre de la Compañía

• Producto y Deducible

• Número de Póliza

2. ¿Después que comience la cobertura, usted o alguno de sus dependientes mantendrá otro seguro médico?

Sí  No

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Nombre de la Compañía

• Producto y Deducible

• Número de Póliza

3. ¿Alguna solicitud de seguro de gastos médicos, accidentes personales o vida ha sido negada, aceptada con restricciones o con una extraprima para alguno de los solicitantes?

Sí  No

(en caso afirmativo, favor explicar)

4. ¿Usted o algún solicitante ha solicitado seguro o ha sido asegurado por Pan-American Life de Guatemala?

Sí  No

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Número de Solicitud/Póliza

• Tipo de producto

## VII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido o padece?:

Solicitante 1   Solicitante 2   Solicitante 3   Solicitante 4   Solicitante 5   Solicitante 6  
SI NO   SI NO   SI NO   SI NO   SI NO   SI NO

	Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4		Solicitante 5		Solicitante 6	
	SI	NO										
1. ¿Infecciones?	<input type="radio"/>											
2. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="radio"/>											
3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis u otros desórdenes neurológicos?	<input type="radio"/>											
4. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?	<input type="radio"/>											
5. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, soplo, circulatorios, problemas de presión arterial, aneurisma, trombosis, venas varicosas, flebitis, fiebre reumática o colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>											
6. ¿Síntomas o signos del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, colitis, pólipos, divertículos u otros síntomas o signos del hígado, vesícula, recto, ano o sistema digestivo?	<input type="radio"/>											
7. ¿Síntomas o signos de los riñones o del tracto urinario, infección urinaria, pielonefritis, pus o sangre en la orina, cistitis, piedras, insuficiencia renal o cualquier otro trastorno del riñón, ureter, vejiga y/o uretra?	<input type="radio"/>											
8. ¿Síntomas o signos de la columna vertebral, espalda, ciática, lumbalgia, escoliosis, cervicalgia, artritis, gota u otros síntomas o signos de los músculos, huesos o articulaciones? Por favor indique si presenta material de fijación, tornillos, placa o prótesis.	<input type="radio"/>											
9. ¿Tumores benignos o cáncer?	<input type="radio"/>											
10. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?	<input type="radio"/>											
11. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?	<input type="radio"/>											
12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?	<input type="radio"/>											
13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?	<input type="radio"/>											
14. ¿Síntomas o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas o utero incluyendo miomas, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma?	<input type="radio"/>											
15. Síntomas o signos o de la piel incluyendo, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?	<input type="radio"/>											
16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?	<input type="radio"/>											
17. ¿VIH o SIDA?	<input type="radio"/>											
18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?	<input type="radio"/>											
19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?	<input type="radio"/>											
20. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente?	<input type="radio"/>											

## VII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles:

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	

## VIII- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o médico tratante con quien se atiende regularmente?

Sí  No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono

## IX- EXAMENES MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico general o rutinario?  Sí  No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado (Si fue anormal, favor explicar )
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal

## X- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿Alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente?  Sí  No Nombre del Solicitante

En caso afirmativo por favor indique el número de embarazos.  Embarazos  Parto natural  Cesárea  Abortos

b. ¿Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada?  Sí  No

Nombre del Solicitante  por favor indique fecha probable de parto.

c. ¿Alguna solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones perinatales?

Sí  No (en caso de ser afirmativo, indique los detalles):

## XI- MEDICAMENTOS

¿Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo prolongado?

Sí  No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Nombre del medicamento	Motivo	Cantidad y frecuencia	Período
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:

## XII- HÁBITOS

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilícitas?

Sí  No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Tipo	Cantidad por día	Consumo	Período
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:

## XIII- HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria o algún otro padecimiento no mencionado en esta solicitud?

Sí  No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Familiar	Desorden

¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte peligroso o en el cual se ponga en peligro su integridad física?

Sí  No (en caso afirmativo, indicar quien):

Nombre del Solicitante

¿Qué deporte practica?

## XIV- DECLARACIONES

Entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente:

1) La Compañía tiene el derecho a solicitar información adicional sobre mi historia clínica a médicos, hospitales, y otros proveedores de salud, con el propósito de determinar la elegibilidad para el plan que he solicitado, así como la elegibilidad de los reclamos que podrán ser presentados con posterioridad. Por ende autorizo el acceso a cualquier información que pueda ayudar a determinar mi elegibilidad.

2) Enfermedad o Condiciones Preexistentes hace referencia a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, diagnosticada o conocida por este con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la compañía de seguros.

Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al propuesto asegurado acerca de todas aquellas condiciones o enfermedades preexistentes que puedan conllevar una limitación o exclusión de cobertura. En base a la declaración de salud efectuada por el propuesto asegurado la Compañía establecerá las restricciones y limitaciones de cobertura aplicables. Toda condición preexistente que no haya sido declarada en la solicitud de seguro o sea revelada con reticencia, omisión o falsedad, producirá la nulidad del contrato de seguro y facultará a la compañía para solicitar su anulación.

3) Todos los términos y condiciones de las coberturas para las cuales he aplicado, están especificadas en la Póliza que expedirá la Compañía y que deberá ser firmada por el asegurado, si la solicitud es aprobada. Esta declaración y cualquier otra información adicional que haya sido proporcionada por el propuesto asegurado mientras sea procesada la declaración, formarán parte de la Póliza que será emitida por la Compañía.

La información proporcionada en este formulario tendrá una vigencia de sesenta (60) días a partir de la fecha en que fue suministrada. Mi firma es constancia de que he revisado cuidadosamente esta declaración, y que toda la información suministrada por mí en la misma así como cualquier información suministrada posteriormente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas.

## XIV- DECLARACIONES (CONTINUACIÓN)

Esta información será tomada como base para la emisión de una Póliza de Salud, de acuerdo al plan seleccionado para mí y mis dependientes, si los hubiere. Cualquier declaración o manifestación hecha, con falsedad o inexactitud, vicia de nulidad al contrato de seguro. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Autorizo a cualquier médico, proveedor de salud, hospital, clínica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, o cualquier otra organización o institución que pueda tener conocimiento sobre mi salud y la de mis familiares dependientes para que divulgue esta información a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. sus compañías afiliadas o sus reaseguradoras con el objeto de evaluar mi solicitud de seguro de salud y gastos médicos, vida o accidentes personales, así como la elegibilidad de los reclamos presentados con posterioridad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Una fotocopia o copia escaneada de esta autorización es tan válida como el original.

Autorizo a la compañía a compartir información sobre mis antecedentes de salud con mi agente de seguro durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi póliza.

Firma del Asegurado Principal

Fecha (Día/Mes/Año)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

## XV- INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGURO

Número de Registro de Intermediario en la SIB

Código de Agente

Nombre

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

### PARA USO EXCLUSIVO DE PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

Fecha de Aprobación (Día/Mes/Año)

Firma

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Observaciones:

<input type="text"/>
----------------------

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 815-2017 del 31 de julio de 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.