

COBERTURA DE VIDA

8. PLANES Y CONVENIOS

a) Nombre del Plan: _____	b) Beneficio por Fallecimiento: <input type="checkbox"/> Opción 1 (Solamente Suma Asegurada) <input type="checkbox"/> Opción 2 (Suma Aseg. más Valor Efectivo)												
c) Propuesto Asegurado Monto Básico de Seguro _____ <input type="checkbox"/> Convenio de Beneficio Adicional por Muerte y Desmembración por Causa Accidental <input type="checkbox"/> Convenio de Exención: <input type="checkbox"/> de Deducciones, <input type="checkbox"/> de Prima, por Incapacidad <input type="checkbox"/> Convenio de Anticipo de Beneficio de Muerte por Enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Convenio de Seguro Adicional (CSA) <input type="checkbox"/> Convenio de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Convenio de Compra Opcional Garantizada <input type="checkbox"/> Convenio para Cubrir al Cónyuge <input type="checkbox"/> Convenio de Seguro para Hijos Dependientes del Asegurado	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">d) Suma Asegurada</td> <td style="width:50%;">e) Prima</td> </tr> <tr> <td>US\$ _____</td> <td>e1) Prima a pagar (Término) US\$ _____</td> </tr> <tr> <td>US\$ _____</td> <td>e2) Prima periódica planeada (Vida Universal) US\$ _____ Cada _____</td> </tr> <tr> <td>US\$ _____</td> <td>e3) Prima inicial pagada al Intermediario con la Solicitud US\$ _____</td> </tr> <tr> <td>US\$ _____</td> <td>e4) Pago Adicional US\$ _____</td> </tr> <tr> <td>US\$ _____</td> <td>Si la suma asegurada total (Plan básico más Convenio CSA) excede \$500,000 no se le deberá entregar ningún pago al Agente de Seguros.</td> </tr> </table>	d) Suma Asegurada	e) Prima	US\$ _____	e1) Prima a pagar (Término) US\$ _____	US\$ _____	e2) Prima periódica planeada (Vida Universal) US\$ _____ Cada _____	US\$ _____	e3) Prima inicial pagada al Intermediario con la Solicitud US\$ _____	US\$ _____	e4) Pago Adicional US\$ _____	US\$ _____	Si la suma asegurada total (Plan básico más Convenio CSA) excede \$500,000 no se le deberá entregar ningún pago al Agente de Seguros.
d) Suma Asegurada	e) Prima												
US\$ _____	e1) Prima a pagar (Término) US\$ _____												
US\$ _____	e2) Prima periódica planeada (Vida Universal) US\$ _____ Cada _____												
US\$ _____	e3) Prima inicial pagada al Intermediario con la Solicitud US\$ _____												
US\$ _____	e4) Pago Adicional US\$ _____												
US\$ _____	Si la suma asegurada total (Plan básico más Convenio CSA) excede \$500,000 no se le deberá entregar ningún pago al Agente de Seguros.												

COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES

Moneda del seguro { Quetzales
 US Dolares

9. PLANES

	EJECUTIVO VIP						ENFERMEDADES GRAVES			
	MONEDA: (Dólares Americanos)						MONEDA: (Dólares Americanos)			
	A	B	C	D	E	F		A	B	C
Muerte Accidental	250,000	300,000	350,000	400,000	450,000	500,000	Muerte Accidental	5,000	5,000	5,000
Desmembración Accidental	250,000	300,000	350,000	400,000	450,000	500,000	Enfermedades Graves	50,000	75,000	100,000
*Incapacidad Total y Permanente	250,000	300,000	350,000	400,000	450,000	500,000				
Marque Plan Solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marque Plan Solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El monto de las coberturas para el cónyuge es 50% y los hijos del 25% o la cobertura de ITP no aplica para los hijos. El monto del deducible de gastos médicos aplica igual para todo los miembros de la familia, no tiene reducción.

10. a) Forma de Pago Prima Inicial _____ <input type="checkbox"/> Pago Directo <input type="checkbox"/> Débito Automático Bancario <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito Emisor _____ <input type="checkbox"/> Deducción por Nómina N° de tarjeta: _____ Fecha Vto. _____	b) Frecuencia de Pago Intermediario <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago Unico
--	---

Para otros Asegurados Adicionales o Hijos Dependientes, por favor complete la Solicitud Complementaria, formulario A-3103-GUA.

EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD								Propuesto Principal	
10. Esta sección debe ser completada para cada persona en todos los casos, con o sin examen médico								Sí	No
Alguna de las personas propuesta para seguro.									
a) ¿Ha presentado alguna vez una solicitud de Seguro de Vida, Muerte Accidental, Incapacidad, Enfermedad u Hospitalización que haya sido rechazada, aplazada o cancelada, o algunos de los seguros mencionados han sido modificados, recargados, o no renovados?								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Tiene pendiente alguna solicitud de seguro de vida, salud o incapacidad, o su rehabilitación en alguna otra compañía?								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Ha desarrollado o piensa hacer alguna actividad de aviación como piloto, estudiante o tripulante? (Complete form. B-1200-sp)								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Ha participado o piensa hacerlo en carreras de autos, motos, buceo, paracaidismo, parapente, alas delta o cualquier otro deporte peligroso? (Complete formulario B-1201-sp)								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Ha sido arrestado por conducir un vehículo bajo la influencia de alcohol y/o drogas?								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Es fumador activo de cigarrillos, pipa, cigarros (puros, habanos) o consume alguna forma de tabaco? Indique cantidad y frecuencia.								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Dejó de fumar? Indique cuando: <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 10 años o más <input type="checkbox"/> Nunca he fumado								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Participa actualmente o ha participado anteriormente en política? ¿Ocupa algún cargo? Explique: _____								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ¿Ha prestado servicio en el pasado o presta actualmente servicio en las fuerzas armadas? Explique: _____								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ¿Ocupa actualmente o ha ocupado con anterioridad un cargo en el Gobierno, ya sea elegido o nombrado? Explique: _____								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ¿Tiene dificultades personales o financieras? Explique: _____								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ¿Ha participado alguna vez en algún pleito o riña armada? Indique cuándo: ¿Usted o un miembro de su familia han sido alguna vez víctimas de secuestro, extorsión, amenazas o intento de asesinato o secuestro? ¿Ha sido arrestado(a) alguna vez por delitos comunes o por motivos políticos? Indique cuándo:								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ¿Tiene Ud. conocimiento de alguna circunstancia desfavorable anterior o actual relativa a su salud, costumbres, carácter, reputación o modo de vida que pueda afectar su asegurabilidad?								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ¿Ha sido o es consumidor(a) habitual de bebidas alcohólicas o drogas? Indique cantidad y frecuencia ¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo o uso de drogas? ¿Ha sufrido alguna vez "síndrome de abstinencia del alcohol" ("delirium tremens")?								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) ¿Qué deporte practica? <input type="checkbox"/> Vuelos Privados <input type="checkbox"/> Carrera de autos o motocicleta <input type="checkbox"/> Paracaidismo <input type="checkbox"/> Atletismo <input type="checkbox"/> Esquí acuático <input type="checkbox"/> Alpinismo/Montañismo <input type="checkbox"/> Buceo <input type="checkbox"/> Otro								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) ¿En sus labores ó practicas deportivas se pone en peligro su integridad física?								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) ¿Son los seguros de indemnización por incapacidad bajo todas las pólizas que usted tiene o está solicitando superiores al 75% de sus ingresos?								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) ¿Planea usted vivir fuera de su país de residencia en los próximos 12 meses?								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detalles a las respuestas afirmativas, identifique el numeral, nombre del propuesto asegurado y subraye el término correspondiente.									
11. Seguro en vigencia del Propuesto Asegurado (Vida, Accidentes Personales, Enfermedades Graves, Hospitalización, Reembolso de gastos Médicos y/o Indemnización Diaria, Incapacidad, etc.) en cualquier compañía.									
							<input type="checkbox"/> No Tiene	Reemplazo	
Nombre	Compañía de Seguros	N° de Póliza	Año de Emisión	Suma Asegurada	Mte. Accidental	Exención de Ded.	Sí	No	
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dentro de los últimos 12 meses el Propuesto Asegurado:								Prop. Aseg. Ppal.	
a) ¿Ha sido diagnosticado o tratado por trastornos del corazón, derrame cerebral o cáncer?								<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b) ¿Ha consultado a un médico por presión arterial elevada que requiere tratamiento médico o le han hecho electrocardiograma por cualquier otro motivo que no sea un chequeo de rutina?								<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c) ¿Está contemplando un tratamiento médico, internación hospitalaria o cirugía en los próximos 12 meses?								<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta a cualquiera de los Incisos 12 a, b y c es afirmativa, no se deberá entregar ningún pago al Agente de Seguros.									

ANTECEDENTES DE SALUD

DATOS PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES									
13a) PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL		b) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte	c) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte		
Estatura (Cms)	Peso (Lbs)	Padre				Hermanos					
		Madre				Hermanas					
14. a) Nombre de su médico o del que haya consultado recientemente			b) Dirección completa					c) Teléfono			
d) Correo Electrónico			e) Fecha y motivo de la última consulta			f) Tratamiento administrado o medicamentos					
15. Cada Propuesto Asegurado a su leal saber y entender debe indicar si en los últimos 10 años ha tenido o le han informado tener o ha sido tratado por:											
SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN			Prop. Aseg. Principal		SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN					Prop. Aseg. Principal	
a) ¿Trastornos de los ojos, glaucoma, córnea? No incluya corrección habitual de la visión por medio de lentes o anteojos, o chequeos periódicos de visión.			Sí	No	o) ¿Le han practicado electrocardiograma, radiografías, tomografía, resonancia magnética u otros estudios de diagnóstico o tiene pendiente hospitalizarse o realizarse alguno en los próximos 12 meses?					Sí	No
b) ¿Trastornos de los oídos, nariz y garganta, ronquera o disfonía persistente?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) ¿Han estado hospitalizado por enfermedad, accidente o cirugía en los últimos 5 años?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Convulsiones, migraña severa, mareos, epilepsia, derrame o infarto cerebral, accidente cerebrovascular permanente o transitorio, aneurisma, parálisis, cuadriplegia, alteración mental o psicológica, mal de Alzheimer, esclerosis múltiple, adormecimiento, hormigueo, visión doble, traumatismo de cráneo, dolor de cabeza frecuente o sin razón?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q) ¿Algún familiar inmediato ha sido diagnosticado y/o tratado por diabetes, cáncer (especifique el tipo), enfermedad cardíaca incluyendo angina de pecho e infarto, trastornos mentales, hipertensión, insuficiencia renal, mal de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad neuro-motriz, enfermedad de Huntington, riñón poliquístico o cualquier trastorno hereditario?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Neumonía, bronquitis, asma, enfisema, alergia, tos permanente, tuberculosis, hemoptisis, bronconeumonía, enfermedad pulmonar crónica o cualquier trastorno del sistema respiratorio o pulmones?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r) ¿El servicio militar de cualquiera de los Propuestos Asegurados ha sido diferido, o ha sido rechazado o licenciado del mismo debido a condiciones físicas o mentales?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Trastornos urinarios o genitales, cálculos o piedras en el riñón, insuficiencia renal, infecciones urinarias, quistes, prostatitis, enfermedades venéreas o de transmisión sexual?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s) ¿Está actualmente bajo observación o tratamiento médico, farmacológico o institucional?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Hepatitis, cirrosis, cálculos biliares, colecistitis, abscesos, colecistectomía o cualquier otro trastorno del hígado?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t) ¿Tratamiento por abuso de alcohol o drogas?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Hipertiroidismo, hipotiroidismo, bocio, diabetes mellitus tipo I o II, hipoglicemia, azúcar en la sangre, lesiones en páncreas, paratiroides, o cualquier trastorno del sistema endocrino?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u) A su leal saber y entender, ha estado en tratamiento o se ha indicado que padezcan de síntomas de las siguientes condiciones: diabetes, hipertensión arterial, trastornos cardíacos, enfermedad coronaria, arritmias, obesidad con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 35, enfermedades del pulmón, de los riñones, cáncer, úlcera gástrica, colitis ulcerosa, enfermedades de la sangre como leucemia, linfoma, anemia (excepto por falta de hierro), trastornos de la columna vertebral, nerviosos o mentales, enfermedades neurológicas, epilepsia, mal de Alzheimer, SIDA, síndrome de Down, deformidad, defectos y/o lesiones físicas, lesiones o alguna otra enfermedad?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Cáncer, tumores benignos o malignos, quistes, lunares, verrugas, bultos u otros crecimientos, incluyendo aquellos por los que no haya consultado a un médico?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v) ¿Tiene usted algunos de los siguientes síntomas sin explicación médica: fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o lesiones extrañas en la piel?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ¿Úlcera duodenal o gástrica, dispepsia, indigestión, gastritis, sangrado intestinal, divertículos, hemorroides, colitis, estreñimiento, esofagitis, hernia hiatal o cualquier trastorno del sistema digestivo?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w) ¿A su leal saber y entender declara usted que a la fecha goza de buena salud y que se encuentra libre de cualquier impedimento y/o deformidad física?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ¿Presión arterial alta o baja, infarto del miocardio, angina de pecho, dolor precordial, soplo, lesión valvular, várices, palpitaciones, enfermedad coronaria, fiebre reumática, enfermedad de Chagas, aneurisma o cualquier otro trastorno cardiovascular?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x) Para hombres mayores de 50 años solamente: ¿Se ha efectuado un chequeo de próstata? ¿Se ha realizado una prueba de Antígeno Prostático Específico? Indique fecha(s), nombre del médico y resultados.					N/A	<input type="checkbox"/>
k) ¿Artritis, reumatismo, gota, ciática, trastornos de los músculos, huesos, espina dorsal región lumbar, articulaciones, hernia de disco, artritis reumatoidea, osteoporosis o enfermedades inmunológicas o del colágeno?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y) Para mujeres solamente: 1) ¿Trastornos del útero, ovarios, hemorragias, bultos en senos, quistes o cualquier otro trastorno ginecológico o de los senos?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ¿Anemia, leucemia, hemofilia, flebitis, tromboflebitis, o cualquier trastorno de la sangre, bazo o sistema vascular. Recibido una transfusión de sangre? Indique cuándo y circunstancias.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) ¿Se ha realizado recientemente una Mamografía, Papanicolaou o chequeo ginecológico? Indique fecha(s), nombre(s) del médico(s) y resultados.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ¿Cicatrices quirúrgicas y no quirúrgicas, cáncer de piel u otras lesiones o trastornos de la piel?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) ¿Está embarazada? Indique cuántas semanas (o meses)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ¿Ha tenido una prueba con resultado positivo por haber estado expuesto a infección por el VIH o bien ha sido diagnosticado con SIDA o Complejos Relacionados causados por infección por el VIH u otra enfermedad o patología derivada de dicha infección?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Proporcione detalles de las preguntas contestadas afirmativamente. Identifique la pregunta y el o los Propuesto(s) Asegurado(s), subraye los puntos correspondientes e indique diagnósticos y tratamientos, fecha, duración, nombre, dirección de médicos y hospitales y su correo electrónico.				
Preg. N°	Prop. Asg.	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o chequeos.	Nombre/dirección/email/teléfono de médicos/hospitales	Fechas

17. Instrucciones Especiales

El (los) Propuesto(s) Asegurado(s), Padre, Madre o Representante Legal (si el Propuesto Asegurado es menor de 18 años) y 1) el Solicitante, si es una persona que no es el Propuesto Asegurado, Padre, Madre o Representante Legal, declara que según su mejor saber y entender, las respuestas y declaraciones efectuadas en las Partes I y II (si la Parte II es requerida por la Compañía) de esta Solicitud son verdaderas y completas. El que suscribe acuerda que 1) ninguna exoneración o modificación de cualquiera de las cláusulas del contrato o cualquiera de los derechos o requisitos comprometerán a la compañía a menos que hayan sido emitidos por escrito y aprobados por la Compañía, y 2) la aceptación de todo contrato emitido ratificará cualquier cambio realizado por la Compañía en el espacio indicado como "Anexos de la Aseguradora". Sin embargo, cambios en el plan de seguro, suma asegurada, edad a la fecha de emisión, clasificación de riesgo o beneficios serán efectuados únicamente con el consentimiento por escrito del Solicitante,. 3) Si dentro de los 60 días de la fecha de la Solicitud, no se recibe ninguna póliza o se notifica de la aprobación o rechazo, esta Solicitud debe ser declarada nula.

4) La suma de \$ _____ para ser aplicada al Seguro de Vida ha sido pagada en efectivo y la responsabilidad de la Compañía se indicará en el Recibo Condicional. Ningún otro recibo se considerará válido. 5) Si no se realiza ningún pago con esta Solicitud, no existirá cobertura de Seguro de Vida o responsabilidad alguna hasta que; a) la póliza sea entregada, b) la prima inicial completa sea pagada durante la vida del asegurado y c) no haya ocurrido ningún cambio en la salud de cualquiera de las personas propuestas para seguro, que coloque a dicha persona en una clasificación de riesgo distinta a la que tenía al momento en que solicitó esta póliza de seguro. 6) Cualquier contrato que resulte de esta Solicitud será constituido de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala.

El que suscribe, el Propuesto Asegurado o Solicitante manifiesta a su leal saber y entender que todas las declaraciones efectuadas por o con respecto a su persona, tanto como las hechas por el Propuesto Asegurado(o respecto a ellos) que se encuentran en este documento son completas y verídicas, aún cuando aparezcan en formulario(s) complementario distinto(s) a éste.

ADVERTENCIA

Toda declaración falsa y/u omisión de información poder ser considerada como dolo u otro vicio del consentimiento y podría conllevar a la terminación del contrato de seguro, de conformidad con lo que al respecto establece el Código de Comercio de Guatemala. Los párrafos siguientes se refieren al Propuesto Asegurado que firma en el lugar señalado a continuación.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Por este medio autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o institución médica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, Medical Information Bureau, Inc. ("MIB") o cualquier otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre su persona o sobre su salud, o la de sus hijos menores para que divulgue esa información a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores con el objeto de evaluar su solicitud para seguro de vida. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Por este medio libero y relevo en mi nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquier póliza emitida o modificación a una póliza existente en virtud de estas declaraciones, de toda restricción impuesta por la ley que prohíba a los médicos, centros asistenciales o de diagnóstico que nos hayan atendido, revelar cualquier información que figure en la historia clínica archivo o registro nacional de las instituciones indicadas más arriba. La anterior declaración tiene como fin descartar cualquier negativa aduciendo la reserva contemplada en las normas que regulan o lleguen a regular el suministro de información sobre mi estado de salud.

El Propuesto Asegurado asimismo autoriza a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores a efectuar un breve informe sobre la información personal y protegida acerca de su salud a MIB, Inc. el cual tendrá carácter de confidencial. El Propuesto Asegurado entiende que puede solicitar una copia de esta autorización. El Propuesto Asegurado conviene que ha recibido el Aviso acerca MIB, Inc.

El Propuesto Asegurado entiende que puede ser entrevistado por un tercero, si la compañía solicita un informe de Inspección para seguro o investigación del consumidor con referencia a esta solicitud. Asimismo entiende que la compañía puede solicitarle que se someta a determinadas pruebas que incluyan, pero no se limite a Análisis de Orina, Electrocardiogramas, Radiografías, Glucemia, Funciones Hepáticas y Renales, e infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humano VIH.

Queda entendido y Convenido que: 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.

FIRMAS

Firmado en _____ el _____ de _____ de 20 _____

Firma del Propuesto Asegurado
(Padre, madre o Representante Legal, en caso de que sea menor de 18 años)

Nombre Impreso

X _____

Firma Solicitante si es distinto del Propuesto Asegurado (Si es persona jurídica, deberá firmar representante legal que no sea el Propuesto Asegurado)

X _____

Nombre Impreso

Certifico que he registrado en esta solicitud de manera veraz y fiel la información proporcionada por el solicitante, y que he visto personalmente a la persona para la cual se solicita seguro mediante esta solicitud. Hasta donde es de mi conocimiento, esta transacción implica no implica un reemplazo de seguro.

Firma del Intermediario de Seguros

Firma del Intermediario de Seguros

X _____

X _____

Nombre Impreso

Nombre Impreso

PARA USO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA SOLAMENTE

Número de Póliza Vida Individual

Fecha

Firma Aprobada

Número de Póliza AP

____ / ____ / 20____
Dia Mes Año

X _____

INFORME DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

1. Conozco al (los) Propuesto(s) Asegurado(s):

- Muy bien por _____ años
- Bien por _____ años
- Casualmente por _____ años
- Conocido con motivo de esta solicitud
- Familiar: Parentesco _____
- Ingresos correspondientes al año anterior US\$ _____

2. Propósito del Seguro

- Protección familiar
- Garantía de préstamo
- Jubilación
- Continuación de ingresos
- Obsequio a familiares cercanos
- Acuerdo de compraventa
- Persona clave
- Garantía de préstamo hipotecario
- Retroventa de acciones (en caso de socios)
- Bono para ejecutivos
- Gastos de herencia y sucesión
- Otro: _____

3. a) He visto personalmente a cada uno de los Propuestos Asegurados al momento de completar esta solicitud Sí No
 b) (Si la respuesta es "No", por favor explique.)

4. Otros nombres por los cuales se conoce al (los) Propuesto(s) Asegurado(s). Incluya otros apellidos, sobrenombres o apellidos de soltera.

5. Requisitos para esta solicitud:

Adjunto Solicitado, por Enviarse

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Examen Médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Análisis de Orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perfil de Química Sanguínea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Electrocardiograma de Reposo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ergometría (ECG de Esfuerzo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formulario Financiero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informe de Inspección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informe de Médico Tratante (IMT o APS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dr. _____ | | |
| Informe del Médico u Hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Si uno de los Propuestos Asegurados es menor de 18 años, indique:

- a) ¿Con quién vive? _____
- b) ¿Cuántos hermanos(as) tiene? _____
- c) ¿Están todos asegurados? Sí No
 ¿Por sumas iguales? Sí No
 ¿Con qué Compañía? _____
- d) ¿Tiene seguro el padre? Sí No
 Compañía _____
 Suma Asegurada US\$ _____
- e) Tiene seguro la madre? Sí No
 Compañía _____
 Suma Asegurada US\$ _____

7. Referencias

Proporcione el nombre completo de dos referencias personales o comerciales que puedan dar información sobre el (los) propuesto(s) asegurado(s) y que puedan ser contactados por la compañía de Informes de Inspección si es necesario.

- Nombre completo _____
 Relación _____ Teléfono(s) _____
 Horario en que puede ser llamado _____
 Nombre completo _____
 Relación _____ Teléfono(s) _____
 Horario en que puede ser llamado _____

8. Indique el teléfono celular personal del (los) Propuesto(s) Asegurado(s) y el horario o fecha en que pueden ser contactados por la Compañía de Informes de Inspección si es necesario:

- Teléfono 1 _____
 Teléfono 2 _____
 Fecha y hora solicitada _____
 Fecha y hora alternativa _____
 Permita un tiempo hasta que contactemos a la Compañía de Inspecciones.

9. Observaciones y comentarios

ESTE RECIBO NO DEBE DESPRENDERSE A MENOS QUE SE HAYA RECIBIDO UN PAGO DE PRIMA
CON LA SOLICITUD, EN CUYO CASO DEBERÁ ENTREGARSE AL SOLICITANTE

No. _____

RECIBO CONDICIONAL

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE GUATEMALA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

Ha recibido de _____ la suma de US\$ _____
en concepto de Prima por el Seguro o Seguros solicitado(s) sobre la vida de _____

a cuyo efecto hoy se ha hecho solicitud a la Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. en uno de sus formularios impresos que lleva el mismo número y fecha que este recibo. El recibo de la suma indicada no prejuzga, de ninguna manera, la aceptación de la solicitud por parte de la Compañía. El cobro de la suma recibida quedará en suspenso hasta el momento que la solicitud sea aceptada por la Compañía. El recibo de la suma antes indicada se hace sujeto a los términos y condiciones siguientes:

1. La Compañía dispondrá de 60 días calendario a partir de la fecha de la solicitud para estudiarla y decidir la acción que deberá tomarse al respecto, y si dentro de tal plazo el Solicitante no recibe la póliza o aviso de la aceptación de su solicitud, entonces deberá considerarla como no aceptada por la Compañía.
2. Si la Compañía rehusa aceptar la solicitud y emitir la póliza de acuerdo con el plan solicitado, o la solicitud se tiene por no aceptada de conformidad con lo expuesto en el numeral que antecede, la Compañía no tendrá ningún compromiso en virtud de la solicitud ni de este recibo. En tal caso la Compañía reintegrará al solicitante la suma pagada por él, contra entrega de este recibo.
3. Por virtud de la recepción de la suma a que se refiere este recibo el/los Propuesto(s) Asegurado(s) gozarán de seguro de conformidad con y sujeto a las condiciones establecidas en el Convenio de Seguro Condicional que obra a continuación.
4. Este recibo y todos los derechos que para el solicitante y el(los) Propuesto(s) Asegurado(s) derivan del mismo y de la solicitud de seguro, quedarán sin efecto, en cualquiera de los siguientes casos: a) la descripción del concepto por el que se recibe la suma indicada en este recibo no concuerde con la declaración hecha en la solicitud; b) el/los nombre(s) del(los) Propuesto(s) Asegurado(s) indicado(s) en el presente recibo, no sea(n) idéntico(s) al(los) que aparece(n) en la solicitud; c) la fecha y el número de este recibo y de la solicitud no sean iguales; y d) en caso del pago de la suma a que se refiere este recibo por medio de cheque, si este no fuere hecho efectivo por cualquier motivo, o el cheque que acompañe la solicitud no sea pagadero a "Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A."
5. Este recibo no surtirá efecto alguno si se hace algún cambio en sus términos y condiciones.

Fechado en _____ el _____ de _____ de 20____.

Firma del Intermediario de Seguro

CONVENIO DE SEGURO CONDICIONAL

El(los) Asegurado(s):

El(los) Propuesto(s) Asegurado(s) que aparece(n) en la solicitud.

El Beneficiario:

Según la solicitud y autorizaciones adjuntas a la misma.

Suma Asegurada:

El 20% de la Suma Asegurada solicitada en la Solicitud, la cual es definida como la suma asegurada del plan básico más el convenio de seguro adicional sobre el asegurado principal, y las autorizaciones adjuntas, siempre y cuando la Suma Asegurada solicitada no exceda de US\$500,000. Cuando la Suma Asegurada solicitada exceda los US\$500,000, NO HABRÁ NINGUNA COBERTURA DE SEGURO CONDICIONAL.

Indisputabilidad, Edad, Sexo, Tarifa Fumador/No Fumador y Suicidio:

Este seguro condicional está sujeto a las mismas limitaciones y condiciones que se encuentran en la póliza solicitada.

Asegurabilidad:

El seguro surtirá efecto sujeto a la condición que se le presenten pruebas satisfactorias a la Compañía de que en la fecha de la solicitud de este seguro condicional el(los) Asegurado(s) Propuesto(s) era(n) asegurable(s) como riesgo(s) normal(es) de acuerdo con las normas de la Compañía que rigen con respecto a la aceptación de riesgos y que la solicitud era también aceptable bajo los reglamentos y normas de aseguración de riesgos de la Compañía para el plan y monto solicitados.

Vigencia:

El seguro condicional surtirá efectos desde la fecha de la solicitud o del examen médico, la que sea más reciente.

Plazo Máximo del Seguro Condicional:

Sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia.

Condiciones Esenciales para que exista Seguro Condicional:

1. El solicitante y el(los) Propuesto(s) Asegurado(s) deben haber contestado negativamente las preguntas 18 a, b y c de esta Solicitud;
2. En la fecha de la solicitud, el(los) Propuesto(s) Asegurado(s) tiene(n) que haber sido aceptable(s) como riesgo asegurado en los términos y bajo las condiciones del plan de seguro solicitado, sin modificación alguna, de acuerdo con el reglamento y las prácticas de suscripción de riesgos de la Compañía.

El Seguro Condicional no entrará en vigencia en caso de:

1. La falta por parte del(los) Propuesto(s) Asegurado(s) de suministrar datos, muestras, pruebas, resultados o análisis, etc. a la Compañía;
2. La prima recibida junto con la solicitud fuera insuficiente para cubrir las retenciones y deducciones aplicables al plan de seguro solicitado de acuerdo con la edad, sexo, fumador/no fumador, y salud del (los) Propuesto(s) Asegurado(s), en su caso.

El Seguro Condicional caducará cuando ocurra la primera de las siguientes condiciones:

1. Pasar 60 días calendario, contados a partir de la fecha de vigencia del seguro; o
2. Aprobación o rechazo por parte de la Compañía de la solicitud a la cual corresponde este recibo.

Muerte por Suicidio:

Si el(los) Propuesto(s) Asegurado(s) muriere(n) a causa de suicidio, sea en estado de cordura o de demencia, mientras el seguro condicional esté en vigor, la responsabilidad de la Compañía se limitará a devolver las sumas percibidas en relación a la solicitud del seguro.

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE GUATEMALA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

_____ (Representante Legal)

**La siguiente traducción es una cortesía al Asegurado
ESTE AVISO DEBE ENTREGARSE AL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL
AL MOMENTO DE COMPLETAR LA SOLICITUD**

AVISO REFERENTE A LA OFICINA DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información referida a su asegurabilidad es tratada en forma confidencial. Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros S.A. o sus reaseguradores pueden hacer un breve informe a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau ó MIB) una organización sin fines de lucro formada por compañías de seguros de vida, que opera un sistema de intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita seguro de vida, seguro por incapacidad o presenta un siniestro o solicita reclamo por beneficios con otra compañía miembro, a pedido de dicha compañía el MIB le proporcionará la información que disponga en sus archivos.

Si usted lo solicita por escrito, el MIB le proporcionará toda información que disponga acerca suyo. Si usted cuestiona o tiene dudas sobre la exactitud de la información existente en su expediente, puede contactar al MIB y solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos indicados en la Ley de Crédito Imparcial de EE.UU. (Fair Credit Reporting Act). La dirección del MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734, Estados Unidos de Norteamérica. El número de teléfono es: (781) 751-6000.

Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros S.A., o sus reaseguradores puede divulgar información a otras compañías de seguros a las que usted haya solicitado o pueda solicitar seguros de vida, incapacidad o a quien presente un siniestro o solicite beneficios. Información adicional acerca del MIB puede obtenerse en la página web www.mib.com.

La información con respecto a la asegurabilidad de los Propuestos Asegurados será tratada en forma confidencial. Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros S.A. o sus reaseguradores podrán, en cualquier momento, enviar información a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau ó MIB), una organización sin fines de lucro, cuyos miembros son compañías aseguradoras, y que opera una base de datos de información para beneficio de sus miembros. Si usted solicita cobertura de seguro de vida, cobertura de seguro por incapacidad, o somete un reclamo por pago de beneficios o siniestro a otra compañía miembro de dicha asociación, la Oficina proveerá a dicha compañía, cuando así se le solicite, la información que se encuentre en su expediente.

Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros S.A., o sus reaseguradores pueden también revelar información de su expediente a otras compañías de seguros de vida, en las que usted ha solicitado un seguro de vida, seguro por incapacidad, ha solicitado pago de beneficios o presentado un siniestro.

Al completar esta solicitud, queda entendido que puede solicitarse un informe de investigación sobre sus antecedentes de crédito, para el cual se obtendría información a través de entrevistas personales con sus vecinos, amistades y otros terceros con quien usted está relacionado. Esta investigación incluye información respecto a su carácter, moral, reputación general, características individuales, hábitos y costumbres. Usted tiene el derecho de solicitar por escrito, dentro de un plazo razonable, información adicional y detallada acerca de la naturaleza y alcance de la investigación.

Afirmo que todas las declaraciones hechas respecto al seguro a solicitar, aún cuando aparezcan en formulario(s) distinto(s) a éste, son completas y verídicas.

Nombre: _____

Número de DPI: _____

Autorizo voluntariamente para que se consulte y verifique en los diferentes buros, la información que he proporcionado en los documentos entregados y al mismo tiempo autorizo expresamente a las entidades que prestan servicios de información, centrales de riesgos y burós de crédito a recopilar, difundir o comercializar reportes o estudios que contengan información sobre mi persona.

Firmado en _____ el _____ de _____ de 20_____

Firma
X _____