

## I. Información de Solicitante(s) de Seguro o Asegurado(s)

Numero de Solicitud o Póliza

Nombre	Segundo Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento		
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA

## II. Cuestionario Médico

Fecha de Renovación o vencimiento de pago DD MM AAAA

1. ¿Ha habido algún cambio en el estado de salud de alguno de los solicitantes del seguro o asegurados, desde la fecha en que se firmó la solicitud de seguro (para nuevos negocios en proceso) o fecha de renovación o ultimo pago de su póliza hasta la fecha actual? Cambios en el estado de salud incluyen cualquiera de los siguientes: hospitalizaciones, diagnósticos, lesiones, tratamientos médicos, quirúrgicos, rehabilitación, consumo de nuevos medicamentos, consultas a doctores u otros proveedores médicos, síntomas o signos de alguna enfermedad o desorden.

Si  No – Por favor de ser afirmativa la respuesta brindar detalles en la sección a continuación.

Solicitante o Asegurado	Detalles	Fecha			Nombre del Doctor
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	

2. Alguno de los solicitantes del seguro o asegurados mantienen alguna póliza de salud vigente con Pan-American Life de Guatemala o alguna otra compañía de seguros?

Si  No – Por favor de ser afirmativa la respuesta brindar detalles en la sección a continuación.

Solicitante o Asegurado	Detalles	Fecha			Nombre de la Aseguradora
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	

## III. Reconocimiento y Autorización

Usted ratifica con su firma que entiende y está de acuerdo con que:

- Por la presente declaro y confirmo que yo como Solicitante principal del seguro o Asegurado principal de la póliza, así como todos los integrantes incluidos en la solicitud de seguro o póliza de salud; estamos actualmente en buena salud a mi mejor entendimiento y conocimiento. Excepto por lo declarado en el apartado anterior, no hay cambios en nuestro estado de salud y que no existe alguna consulta medica o tratamiento médico pendiente por ser recibido.
- Que la información aquí provista será analizada y aprobada por la compañía. Por consiguiente, declaro que lo anteriormente expuesto es cierto y correcto y ha sido declarado en buena fe.
- Entiendo que cualquier declaración incompleta o falsa, ya sea por inexactitud, omisión u otro motivo, pudiera resultar en negación de la cobertura, terminación de la póliza o negación de reclamos presentados o por presentar.
- Autorizo a la compañía de compartir la información sobre mi póliza y estado de salud de los solicitantes del seguro o asegurados con mi intermediario de seguros durante la administración de mi póliza.

Firma

Nombre

Fecha

## IV. Reconocimiento del Intermediario

Código agente

Como intermediario de seguros, ratifico con mi firma que, según mi leal saber y entender, la información declarada en este documento es verídica y es mi responsabilidad de entregar a la Compañía este documento y todas las primas cobradas, así como entregar la póliza al solicitante cuando esta sea aprobada y emitida por la Compañía.

Firma del Intermediario de seguros

Nombre del Intermediario de seguros

Fecha