

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 último 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