

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

1. Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Apellido de Casada

Peso (lbs) Estatura (mts) Fecha de nacimiento Día/Mes/Año Sexo M F Número de Identificación Tributaria Ocupación

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)

¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí No ¿Tiene parentesco con una PEP? Sí No ¿Es asociado cercano a una PEP? Sí No

PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala u otro país, un cargo prominente en un organismo internacional, dirigentes de partidos políticos nacionales o de otro país.

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)

3. Correo electrónico para envío de factura electrónica (si es distinto del solicitante)

III- INFORMACIÓN DE LOS SOLICITANTES

2. Nombres y Apellidos completos Correo electrónico

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	

3. Nombres y Apellidos completos Correo electrónico

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

4. Nombres y Apellidos completos Correo electrónico

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

5. Nombres y Apellidos completos Correo electrónico

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

6. Nombres y Apellidos completos Correo electrónico

Parentesco	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Estado civil *	Ocupación
				<input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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. Nuevos Planes en Moneda Quetzales

Internacional III Centroamericano IV Centroamericano V

1.2. Anexo cobertura de Vida

Q 75,000 Q 50,000

1.3. Anexo de Cobertura Dental (opcional)

Si No

IV- PÓLIZA(S) SOLICITADA(S) CONTINUACIÓN

2. Planes en Moneda Quetzales

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

Plata Plus Bronce

2.2. Anexo cobertura de Vida y Muerte y Desmembración Accidental (MyDA)

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

2.3. Anexo de Cobertura Dental (Opcional)

Sí No

Plan de Enfermedades Graves (opcional, para planes en Quetzales)

	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 Q 400	<input type="checkbox"/> Q 120,000 Q 800	<input type="checkbox"/> Q 160,000 Q 1200

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

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

3. Planes Moneda Dólares Americanos

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

Plan I Plan II

3.2. Anexo de Cobertura Dental (opcional)

Sí No

3.3. 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

4. ¿Usted o algún Solicitante han solicitado seguro o han sido asegurado por Pan-American Life de Guatemala? **Si en algún momento Usted o algún Solicitante fue o está actualmente asegurado con Pan-American Life en cualquiera de los productos de salud, accidentes personales o vida que ofrece nuestra compañía, es su responsabilidad reportar los detalles de dicha(s) póliza(s), incluyendo cualquier historial de reclamos presentado a la compañía que hayan sido o no pagados por Pan-American Life.**

Sí No

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Número de Solicitud/Póliza

• Tipo de producto

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)

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
1. ¿Infecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis u otros desórdenes neurológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Tumores benignos o cáncer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿VIH o SIDA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Usted o algún solicitante ha dado positivo a una prueba de COVID-19 o alguna vez requirió o está actualmente bajo tratamiento médico, ha sido admitido en un hospital para recibir tratamiento para COVID-19? En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación, incluyendo la fecha del diagnóstico de COVID, el tipo de tratamiento, incluso si se trató en el hogar o si se tomaron medicamentos y las fechas de cualquier tratamiento hospitalario o admisión, así como cualquier signo o síntoma presente actualmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Usted o algún solicitante alguna vez ha presentado o actualmente presenta signos o síntomas posteriores a padecer de COVID, como, entre otros, problemas pulmonares (falta de aire, problemas respiratorios, etc.), problemas renales, hepáticos o cardíacos, cansancio o signos o síntomas neurológicos? En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Usted o algún solicitante recibió el esquema completo de vacunación para COVID-19? En caso afirmativo, proporcione los nombres de los vacunados fechas y detalles incluyendo cualquier reacción que haya tenido a la vacuna a continuación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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

Detalles del causal o motivo de su (s) cesárea (s) y/o aborto(s):

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.

Autorizo para que mi póliza, así como cualquier modificación, renovación e información relacionada a ésta, me sea enviada por medio de comunicación digital.

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 840-2023 del 2 de junio de 2023, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.