

# SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

LIVE UW #

Póliza #

Póliza nueva     Adición de dependientes     Cambio de plan     Rehabilitación

## I- INFORMACIÓN DEL (LOS) SOLICITANTE(S)

Nombre de solicitantes						Parentesco	Peso (lbs)	Estatura (mts)
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada		Solicitante Principal		
Fecha de nacimiento Mes/Día/Año		Número de Identificación Tributaria	Ocupación	Estado civil *	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		Documento de Identificación	
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada				
Fecha de nacimiento Mes/Día/Año		Número de Identificación Tributaria	Ocupación	Estado civil *	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Documento de Identificación		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada				
Fecha de nacimiento Mes/Día/Año		Número de Identificación Tributaria	Ocupación	Estado civil *	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Documento de Identificación		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada				
Fecha de nacimiento Mes/Día/Año		Número de Identificación Tributaria	Ocupación	Estado civil *	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Documento de Identificación		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada				
Fecha de nacimiento Mes/Día/Año		Número de Identificación Tributaria	Ocupación	Estado civil *	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Documento de Identificación		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada				
Fecha de nacimiento Mes/Día/Año		Número de Identificación Tributaria	Ocupación	Estado civil *	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	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
-----	--------------------

- ¿Tiene usted y todos los solicitantes una residencia legal y permanente en Guatemala?  Si  No
- ¿Actualmente usted o algún solicitante reside legalmente en los Estados Unidos de América por un período de 6 meses o más ininterrumpidos durante un periodo de 365 días?  Si  No
- ¿En qué países están usted y todos los solicitantes del seguro autorizados a residir de forma legal, permanente o temporalmente?
- ¿Usted o algún solicitante tiene múltiple nacionalidad o pasaporte?  Si  No País:

### III- COBERTURA SOLICITADA

Por favor seleccione un producto:  Pan-American WorldAccess  Pan-American PreferredAccess

Por favor seleccione un deducible:  \$1,000  \$2,000  \$5,000  \$10,000  \$20,000

Fecha efectiva que solicita para la cobertura:

¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte en forma profesional?

Si o  No en caso afirmativo, indicar quien

Nombre del Solicitante

¿Qué deporte practica?

### IV- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

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

Si o  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 tendrá otro seguro médico?  Si o  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 salud o vida, ha sido denegada, aceptada con restricciones o con un recargo a la prima estándar para alguno de los solicitantes?

Si  No (en caso afirmativo, favor explicar)

4. ¿Usted o algún solicitante ha solicitando seguro o ha sido asegurado por Pan-American Life de Guatemala? En caso de ser afirmativo por favor indique su número de solicitud/póliza?

Si  No En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

- Número de Solicitud/Póliza
- Tipo de producto

### V- BENEFICIARIO

Nombre del Beneficiario

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

Relación con el Solicitante Principal

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

### VI- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico primario o ha consultado a un especialista?  Si o  No (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante

Nombre del Médico

Especialidad

Teléfono

Solicitante	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### VII- EXAMENES MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico general o rutinario?  Si o  No (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante

Tipo de examen

Fecha

Resultado (Si fue anormal, favor explicar )

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

## VIII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido de:

<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	1. ¿Infecciones?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	2. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis u otros desórdenes neurológicos?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	4. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> 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"/> Si <input type="radio"/> No	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"/> Si <input type="radio"/> No	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"/> Si <input type="radio"/> No	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"/> Si <input type="radio"/> No	9. ¿Tumores benignos o cáncer?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	10. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	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"/> Si <input type="radio"/> No	12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	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"/> Si <input type="radio"/> No	15. ¿Síntomas o signos o de la piel incluyendo, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	17. ¿VIH o SIDA?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	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?

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Si", favor proporcionar 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

### VIII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES ( CONTINUACION )

Si algunas de las preguntas en la página 3 fue contestada "Si", 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

### IX- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. Si alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente, por favor indique el número de Embarazos, Parto natural, Cesárea y Abortos:

Embarazos  Parto natural  Cesárea  Abortos

b. Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada? Nombre de la 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?  Si o  No (en caso de ser afirmativo indique los detalles)

### X- MEDICAMENTOS

¿Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado que debe tomar algún medicamento?

Si o  No (en caso afirmativo, favor explicar)

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

### XI- HABITOS

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

Si o  No (en caso afirmativo, favor explicar)

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:

### XII- HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, o enfermedad congénita o hereditaria?  Si o  No (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Familiar	Desorden

### XIII- RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN.

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que:

1. La Compañía tiene el derecho de requerir información adicional de médicos, hospitales, proveedores de cuidados de salud, con el propósito de poder determinar la elegibilidad bajo el plan por el cual estoy declarando, así como la elegibilidad de reclamos por ser presentados. Yo autorizo el acceso a cualquier información que pueda ayudar a determinar mi elegibilidad.
2. Se define como Condición Preexistente cualquier condición o enfermedad, (incluyendo embarazo o lesión), de una persona Asegurada:
  - a) La cual estaba presente en la fecha en que se hizo vigente la cobertura de dicha Persona Asegurada bajo esta Póliza y cuyos síntomas estuvieron presentes en o antes de dicha fecha, sin tener en cuenta si la Persona Asegurada tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionadas con tal condición o enfermedad y se puede demostrar también con la evidencia científica de la evolución normal de la enfermedad o condición médica; o
  - b) Debido a la cual, la Persona Asegurada ha recibido, (o se le ha recomendado), consulta, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico; o servicio, suministro, o medicamento; o ha incurrido en gastos relacionados con los mismos con anterioridad a la fecha de vigencia de su cobertura bajo esta Póliza.

Toda Condición Preexistente que no haya sido declarada en la presente Solicitud de Seguro o sea revelada con reticencia, omisión o falsedad, pueden ser causa para la anulación de la cobertura de beneficios emitida bajo la Póliza y/o la denegación del pago de sus reclamos.

3. Todos los términos y condiciones de las coberturas por las cuales estoy declarando, están especificadas en la Póliza que expedirá la Compañía y que será firmada, si mi declaración es aprobada. Esta declaración y cualquier otra información adicional que haya sido proporcionada por mí mientras se procesa la declaración, deberá formar parte de la Póliza con 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 que he revisado cuidadosamente esta declaración, me obligo a todo lo acordado en ella y estoy de acuerdo respecto a la veracidad de la información suministrada. Toda la información suministrada por mí en esta declaración y cualquier información suministrada subsecuentemente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas. Esta información será tomada como base para la emisión de una Póliza de Salud, de acuerdo al plan escogido para mí y los miembros de mi Núcleo Familiar Asegurado, si los hubiere. Cualquier declaración o manifestación hecha, ya sea falsa o inexacta, 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. Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

Autorizo a cualquier médico, proveedor de cuidados 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 persona o sobre mi salud, la de mis hijos menores de edad 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.

Pan-American Life Insurance de Guatemala 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 la Compañía a compartir información sobre mis antecedentes de salud con mi Intermediario de Seguros durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi Póliza.

Firma del Solicitante Principal

Fecha

Nombre del Propuesto Solicitante Principal:

#### XIV- RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN.

(ESTE DOCUMENTO DEBE ESTAR FIRMADO POR TODOS LOS PROPUESTOS ASEGURADOS QUE SEAN MAYORES DE 18)

--	--

Firma

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado:

--

--	--

Firma

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado:

--

--	--

Firma

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado:

--

--	--

Firma

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado:

--

--	--

Firma

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado:

--

--	--

Firma

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado:

--

#### XV- RECONOCIMIENTO DEL AGENTE

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. esta solicitud y todas las primas cobradas, así como por entregar la póliza al solicitante cuando esta sea emitida.

Desconozco de alguna condición que no haya sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la asegurabilidad de los solicitantes.

--	--	--

Firma del Agente

Nombre del Agente en letra de molde

Código del Agente

--	--

Firma del Representante

Fecha

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 1354-2016 del 07 de octubre del 2016

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

Avenida La Reforma 9-00, Zona 9, Edificio Plaza Panamericana, 10º. Nivel | Ciudad Guatemala, Guatemala | PBX: (+502) 2338 9889 | [www.palig.com/guatemala](http://www.palig.com/guatemala)