

SOLICITUD COMPLEMENTARIA

Para ser agregada a la Solicitud del siguiente Propuesto Asegurado

1. a) Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada	b) Nombre(s)	c) Fecha de Nac.
-----------------------	------------------	--------------------	--------------	------------------

Complete una solicitud complementaria por cada Propuesto Asegurado que desea agregar

PROPUESTO ASEGURADO ADICIONAL

2. Cobertura a) <input type="checkbox"/> Convenio para Cónyuge b) <input type="checkbox"/> Convenio para Asegurado Adicional		c) Relación con el Propuesto Asegurado Principal		
3. a) Primer Apellido	Segundo Apellido	b) Nombre(s)		c) País de Nacimiento
d) Número y Tipo de Documento de Identidad (Lugar de Emisión)	e) Nacionalidad	f) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	g) Fecha de Nac. D M A	h) Edad Actuarial
			i) Consumidor de Tabaco (Marque la que corresponda.) <input type="checkbox"/> No Consumidor <input type="checkbox"/> Consumidor	
j) Dirección Residencial		k) Ciudad	l) Municipio/Depto.	m) Zona
n) Correo Electrónico (E-Mail)	o) Teléfono (Código, ciudad y Número)		p) Países donde tiene residencia legal	
4. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)		b) Naturaleza del(los) negocio(s)		
c) Dirección de la Empresa		d) Ciudad	e) Municipio/Depto.	f) NIT
g) Teléfono del Negocio (Código, ciudad y Número)		h) Ingreso Anual US\$	i) Patrimonio Neto US\$	j) Página Web
5. a) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionado a la Ocupación)		b) Antigüedad en la ocupación		
c) ¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d) Otras ocupaciones o empleos en los últimos 3 años		e) Lugares donde viaja y total de tiempo que viaja anualmente	

BENEFICIARIOS PROPUESTO ASEGURADO ADICIONAL

El Beneficiario del Convenio para Hijos Dependientes es la persona indicada como Propuesto Asegurado Principal y no se puede cambiar

6. a) Nombre Completo de Beneficiarios Primeros	Edad	Parentesco	%	b) Nombre Completo de Beneficiarios Segundos	Edad	Parentesco	%

7. ¿Se reserva el derecho a cambiar beneficiarios? (Indique "No" para Beneficiario Irrevocable) Sí No

EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD

8. Esta sección debe ser completada para cada persona en todos los casos, con o sin examen médico	Prop. Aseg. Adicional
Alguna de las personas propuesta para seguro.	Sí No
a) ¿Ha sido rechazada, cancelada, aplazada o modificada alguna vez una solicitud de seguro de vida, accidente o enfermedad?	<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 form. 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"/> <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:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Usted o un miembro de su familia han sido alguna vez víctimas de secuestro, amenazas o intento de asesinato o secuestro? Indique cuándo:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo o uso de drogas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido alguna vez "síndrome de abstinencia del alcohol" ("delirium tremens")?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Detalles a las respuestas afirmativas, identifique el numeral, nombre del propuesto asegurado y subraye el término correspondiente.

DATOS PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES									
Estatura (Pies ó Cms)	Peso (Kgs ó Lbs)	b) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte	c) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte		
		Padre				Hermanos					
		Madre				Hermanas					
9. Dentro de los últimos 12 meses, cualquiera de los Propuestos Asegurados:											
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		
ANTECEDENTES DE SALUD											
10. El Propuesto Asegurado Adicional 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. Adicional		SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN				Prop. Aseg. Adicional	
				Sí No						Sí No	
a) ¿Trastornos de los ojos, glaucoma, cómea. No incluya corrección habitual de la visión por medio de lentes o anteojos, o chequeos periódicos de visión?				<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"/>	
b) ¿Trastornos de los oídos, nariz y garganta, ronquera o disfonía persistente?				<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"/>	
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"/>		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?				<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"/>		p) ¿Han estado hospitalizado por enfermedad, accidente o cirugía en los últimos 5 años?				<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"/>		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"/>	
f) ¿Hepatitis, cirrosis, cálculos biliares, colecistitis, abscesos, colecistectomía o cualquier otro trastorno del hígado?				<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"/>	
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"/>		s) ¿Está actualmente bajo observación o tratamiento médico, farmacológico o institucional?				<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"/>		t) ¿Tratamiento por abuso de alcohol o drogas?				<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"/>		u) 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"/>	
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"/>		v) Para mujeres solamente: 1) ¿Trastornos del útero, ovarios, hemorragias, bultos en senos, quistes o cualquier otro trastorno ginecológico o de los senos. 2) ¿Se ha realizado recientemente una Mamografía, Papanicolaou o chequeo ginecológico? Indique fechas(s), nombre(s) del médico(s) y resultados. 3) ¿Está embarazada? Indique cuántas semanas (o meses).				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"/>						<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"/>						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11. Proporcione detalles de las preguntas contestadas afirmativamente. Identifique la pregunta, subraye los puntos correspondientes e indique diagnósticos y tratamientos, fecha, duración, nombre, dirección y teléfonos de médicos y hospitales y su correo electrónico.											
Inciso	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o chequeos				Nombre/dirección/email/teléfono de médicos/hospitales				Fechas		

ADVERTENCIA

oda declaración falsa y/o tergiversación y/u omisión de información puede ser considerada como dolo u otro vicio del consentimiento y podría afectar la validez del contrato de seguro. Los párrafos siguientes se refieren a cada uno de los Propuestos Asegurados que firman en los lugares señalados a continuación.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica o cualquier otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre mi persona o sobre mi salud, o la de mis hijos menores para que divulgue esa información a mis beneficiarios y a la Pan-American Life Insurance de Guatemala Compañía de Seguros, S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores con el objeto de evaluar mi solicitud para seguro de vida o incapacidad. Asimismo, convengo en que esta autorización será válida por dos años y medio a contar desde la fecha en que ha sido firmada. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Esta autorización se extiende más allá de mi fallecimiento en caso de que la información médica sea requerida por mis beneficiarios o la compañía de seguros.

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 me 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.

Cuando usted lo solicite, la Oficina de Información Médica, MIB, le informará sobre toda información contenida en su expediente. Si usted no está de acuerdo, o duda de la exactitud del contenido del expediente del MIB, puede solicitar su corrección, de acuerdo con las reglas establecidas por la Ley Federal del Informe del Crédito Imparcial (Federal Fair Credit Reporting Act). El Departamento de Informaciones 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. La página de web es www.mib.com.

Entiendo que puedo ser entrevistado por un tercero, si la compañía solicita un informe de inspección o investigación sobre el consumidor relacionado con esta solicitud de seguro. Asimismo, entiendo que la compañía puede solicitarme que me someta a determinadas pruebas consideradas necesarias para evaluar mi solicitud de seguro. Dichas pruebas incluirán, pero no se limitarán a Análisis de Orina, Electrocardiogramas, Radiografías, Análisis de Sangre que incluya y no se limite a determinación de Colesterol, Lípidos, Glucemia, Funciones Hepáticas y Renales, e infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humano. **Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.**

FIRMAS

Convengo en que todas las respuestas a las preguntas anteriores son ciertas y correctas según mi mejor saber y entender, que formarán parte de la Solicitud de Seguro de Vida del Propuesto Asegurado Principal, que consiste en la Solicitud Parte I, esta Solicitud Complementaria y el Formulario de Solicitud Parte II, Declaraciones Hechas por el Propuesto Asegurado al Médico Examinador. Asimismo convengo en que ningún contrato entrará en vigencia a menos que la Solicitud Parte I y esta Solicitud Complementaria sean aprobadas por la Compañía y que la prima haya sido pagada a la Compañía o su Representante autorizado.

Firmado en _____ el _____ de _____ de 20____.

Firma del Propuesto Asegurado

X _____

Nombre Impreso

Firma del Asegurado Adicional (Si es hijo o hija mayor de 12 años y menor de 18 años, Firma del Padre o Representante Legal)

X _____

Nombre Impreso

Firma del Agente de Seguro

X _____

Nombre Impreso

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 _____