

PARTE A

SOLICITUD FORMULARIO BREVE



1a) Número de Póliza		b) Primer Apellido		c) Segundo Apellido		d) Nombre(s)	
e) Dirección Residencial (calle, barrio)				f) Ciudad		g) Departamento	
h) Correo Electrónico (E-Mail)				i) Teléfono (Código, ciudad y Número)		j) País	
2a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es profesional independiente)				b) Naturaleza del(los) negocio(s)		c) Ingreso Anual US\$	d) Patrimonio Neto US\$
e) Dirección de la empresa				f) Ciudad		g) Departamento	h) País
i) Teléfono del negocio (Código, ciudad y Número)				j) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionadas a la Ocupación)			
k) Antigüedad en la ocupación		l) Página Web		m) ¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		n) ¿Piensa cambiar de ocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

NOTA: SI HAY UN ASTERISCO * DEBERA COMPLETARSE LA SECCION DE ASEGURABILIDAD PARTE B y C

<input type="checkbox"/> 3. REHABILITAR *	La póliza desde la fecha en que caducó.	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> 4. AGREGAR CONVENIOS *	<input type="checkbox"/> Seguro Adicional Asegurado/a Principal (CSA)	\$
	<input type="checkbox"/> Asegurado/a Adicional (completar formulario A3103-GUA solamente)	\$
	<input type="checkbox"/> Muerte y desmembramiento accidental	\$
	<input type="checkbox"/> Exención de deducción de primas por incapacidad ó exención de primas (término)	\$
<input type="checkbox"/> 5. CAMBIAR	<input type="checkbox"/> Incrementar* } Suma asegurada	\$
	<input type="checkbox"/> Reducir } Básica a	
	<input type="checkbox"/> Incrementar* } Suma asegurada del convenio	\$
	<input type="checkbox"/> Reducir } Asegurado/a Principal a	
	<input type="checkbox"/> Incrementar* } La	\$
	<input type="checkbox"/> Reducir } Prima a	
	<input type="checkbox"/> El Plan de _____ a _____	<input type="checkbox"/> Reconsiderar Recargo o Sobretasa*

Si desea Anular un Convenio o Cobertura envíe una nota por correo electrónico a la Compañía indicando el número de Póliza.

EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD (No llenar si completa form-A3103)

6. Proporcione detalles para todas las respuestas afirmativas:	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 de seguros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Ha desarrollado o piensa hacer alguna actividad de aviación como piloto, estudiante o tripulante? (Complete formulario 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 formulario 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 cuándo: <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 que 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: ¿Usted o un miembro de su familia han sido alguna vez víctimas de secuestro, amenazas o intento de asesinato o secuestro? Indique cuándo: _____ ¿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 ¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo o uso de drogas? ¿Ha sufrido alguna vez "síndrome de abstinencia del alcohol" ("delirium tremens")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Si ha cambiado de empresa, negocio u ocupación indíquelo más arriba en la sección 2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Detalles a las respuestas afirmativas, identifique el numeral, nombre del propuesto asegurado y subraye el término correspondiente.		

7. Según su leal saber y entender:	Sí	No
a. ¿se encuentra Ud. ahora en tan buena salud como lo estaba en la fecha de la última Solicitud a la Compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿ha sufrido Ud. alguna enfermedad o daño físico o consultado/a o recibido tratamiento de algún médico desde la fecha de la última declaración hecha a la Compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE B Esta parte debe completarse cuando no se solicita examen médico. La siguiente Declaración de salud constituye una continuación y forma parte de la Solicitud presentada a:

ANTECEDENTES DE SALUD

DATOS PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES							
8a) PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL		b) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte	c) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte
Estatura (Pies ó Cms)	Peso (Kgs ó Lbs)	Padre				Hermanos			
		Madre				Hermanas			
9. a) Nombre de su médico o del que haya consultado recientemente				b) Dirección completa				c) Teléfono	
d) Correo Electrónico			e) Fecha y motivo de la última consulta			f) Tratamiento administrado o medicamentos			

10. El Asegurado a su leal saber y entender debe indicar si en los últimos diez (10) años ha tenido o le han informado tener o ha sido tratado por:

SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN	Sí		No		SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN	Sí		No	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<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"/>
b) ¿Trastornos de los oídos, nariz y garganta, ronquera o disfonía persistente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) ¿Ha estado hospitalizado por enfermedad, accidente o cirugía en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s) ¿Está actualmente bajo observación o tratamiento médico, farmacológico o institucional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t) ¿Tratamiento por abuso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Proporcione detalles de las preguntas contestadas afirmativamente. Identifique la pregunta y subraye los puntos correspondientes e indique diagnósticos y tratamientos, fecha, duración, nombre, dirección de médicos y hospitales y su correo electrónico.

Inciso	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o chequeos.	Nombre/dirección/email/teléfono de médicos/hospitales	Fechas

PARTE C NOTIFICACIÓN RELACIONADA CON LA OFICINA DE INFORMACIÓN MÉDICA (MIB)

La información con respecto a la asegurabilidad de los Asegurados será tratada en forma confidencial. Pan-American Life Insurance de Guatemala Compañía de Seguros, S.A., o sus reaseguradores podrán, en cualquier momento, enviar información a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau ó MIB), una organización sin fines de lucro, cuyos miembros son compañías aseguradoras, y que opera una base de datos de información para beneficio de sus miembros, o cualquiera otra entidades afines que cumplan los mismos fines de beneficio para Pan-American Life Insurance de Guatemala Compañía de Seguros, S.A. Si usted solicita cobertura de seguro de vida, cobertura de seguro por incapacidad, o somete un reclamo por pago de beneficios o siniestro a otra compañía miembro de dicha asociación, la Oficina proveerá a dicha compañía, cuando así se le solicite, la información que se encuentre en su expediente.

Pan-American Life Insurance de Guatemala Compañía de Seguros, S.A., o sus reaseguradores pueden también revelar información de su expediente a otras compañías de seguros de vida, en las que usted ha solicitado un seguro de vida, seguro por incapacidad, ha solicitado pago de beneficios o presentado un siniestro.

Al completar esta solicitud, queda entendido que puede solicitarse un informe de investigación sobre sus antecedentes de crédito, para el cual se obtendría información a través de entrevistas personales con sus vecinos, amistades y otros terceros con quien usted está relacionado. Esta investigación incluye información respecto a su carácter, moral, reputación general, características individuales, hábitos y costumbres. Usted tiene el derecho de solicitar por escrito, dentro de un plazo razonable, información adicional y detallada acerca de la naturaleza y alcance de la investigación.

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 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.

Entiendo que puedo ser entrevistado por un tercero, si la Compañía solicita un informe de inspección o investigación 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.

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 está ubicado en 50 Braintree Hill, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734, Estados Unidos de Norteamérica. La Compañía lo guiará en el procedimiento. El número de teléfono es: (781) 751-6000. La página web es www.mib.com

Por este medio declaro que cada una de las respuestas que preceden son verídicas, y que se utilizarán como una enmienda de mi solicitud original y formarán parte del contrato con la Compañía; y convengo en que el Beneficio solicitado no será valedero a menos que, y hasta que la Compañía haya aprobado esta solicitud. Además queda entendido y convenido que la Compañía tendrá el derecho de disputar, por un periodo de dos años a partir de la fecha de la presente rehabilitación, incremento o adición de Convenio al contrato original, cualquier declaración incorrecta hecha en la presente solicitud, siempre que constituya una declaración esencialmente falsa, no obstante cualquier estipulación de la póliza que disponga lo contrario.

Firmado en _____ el _____ de 20____.
 Ciudad y País

Firma del Asegurado Principal (Padre, madre o tutor, en caso de que sea menor de 18 años)	Firma del Asegurado Adicional o Cónyuge (Padre, madre o tutor, en caso de que sea menor de 18 años)
X _____	X _____
Aclaración de firma (Nombre impreso)	Aclaración de firma (Nombre impreso)
Firma del Dueño si es distinto del Asegurado (Si es persona jurídica, deberá firmar un socio, representante legal, apoderado o fideicomisario de la entidad.)	Firma del Fideicomisario o Apoderado legal (Si lo hubiere)
X _____	X _____
Aclaración de firma (Nombre en letra de imprenta)	Aclaración de firma (Nombre en letra de imprenta)
Firma del Agente	Firma del Agente
X _____	X _____
Aclaración de firma (Nombre en letra de imprenta)	Aclaración de firma (Nombre en letra de imprenta)

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 _____