

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL

1. a) Primer Apellido (ó soltera)		Segundo Apellido (ó de casada)		b) Nombre(s)		c) País de Nacimiento					
d) Número y Tipo de Documento de identidad		e) Estado Civil <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unidos		f) Nacionalidad		g) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		h) Fecha de Nac. DD MM AAAA		i) Edad	
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			q) NIT		
2. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)				b) Naturaleza del(los) negocio(s)				c) Ocupación Actual			
d) Dirección de la Empresa				e) Ciudad		f) Municipio/Depto.		g) Zona			
h) Teléfono del Negocio (Código, Ciudad y Número)				i) Ingreso Anual US\$		j) Página Web					
3. a) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionadas a la Ocupación)						b) Indique Porcentajes de Actividades Diarias (total 100%) <input type="checkbox"/> Administrativas % <input type="checkbox"/> Manuales % <input type="checkbox"/> Supervision % <input type="checkbox"/> Viajes %			c) Antigüedad en la ocupación		
d) Lugares donde viaja y total de tiempo que se viaje anualmente: Lugares _____ <input type="checkbox"/> Aviones Comerciales <input type="checkbox"/> Aviones Privados <input type="checkbox"/> Vehículos _____											
4. Enviar Avisos de Prima a: <input type="checkbox"/> Dirección residencial <input type="checkbox"/> Dirección Comercial <input type="checkbox"/> Dueño											

INFORMACION DEL DUENO O CONTRATANTE DE POLIZA (SI DIFIERE DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL)

5. a) Primer Apellido (o nombre de la persona jurídica)		Segundo Apellido (o de casada)		b) Nombre(s)		c) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		d) Fecha de Nac. DD MM AAAA			
e) Dirección Residencial (o comercial)		f) Ciudad		g) Municipio/Depto.		h) Apartado Postal		i) País		j) Teléfono (Código país, ciudad y N°)	
k) Relación con Propuesto Asegurado		l) Número y Tipo de Documento de identidad		m) Salario Anual US\$		n) Correo Electrónico					

BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL

6. a) Nombre Completo de Beneficiarios Primarios (*)		Fecha de Nac. DD MM AAAA	Parentesco	Porcentaje
b) Nombre Completo de Beneficiarios Secundarios (*)		Fecha de Nac. DD MM AAAA	Parentesco	Porcentaje

(*) En caso de Beneficiarios Menores de Edad: En evento de mi fallecimiento antes de su mayoría de edad, nombro como administrador a:

Nombre	Fecha de Nac. DD MM AAAA	Parentesco	Edad

Quien ha sido debidamente instruido por mi persona para administrar el producto de esta póliza a favor del(los) menor(es) antes mencionado(s) hasta que cumplan la mayoría de edad. No obstante lo antes indicado, autorizo a la Compañía a pagar el beneficio del seguro a quien tenga la patria potestad del(los) menor(es) designado(s) como beneficiario(s) en los siguientes casos: (1) Cuando la persona nombrada como administrador no acepte su designación; (2) En la eventualidad que la Compañía reciba documentación que sustente que el administrador tiene un impedimento judicial o de salud para ejercer su cargo. Entiendo y acepto que la Compañía no asume responsabilidad alguna, ni tiene la obligación de fiscalizar y/o supervisar la administración o el uso que la(s) persona(s) arriba señalada(s) de(n) a la indemnización producto del presente seguro.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

COBERTURA PARA DEPENDIENTES (CONYUGE E HIJOS Menores de 25 años)

Apellido(s)					Nombre							
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Parentesco	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA			Nº y Tipo de Documento	Estatura _____ cms.			Peso _____ Lbs.			
Apellido(s)					Nombre							
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Parentesco	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA			Nº y Tipo de Documento	Estatura _____ cms.			Peso _____ Lbs.			
Apellido(s)					Nombre							
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Parentesco	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA			Nº y Tipo de Documento	Estatura _____ cms.			Peso _____ Lbs.			

COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES

Quetzales
 Moneda del seguro _____ US Dolares

7.	Vida Protegida				Transportistas		Vida Protegida Plus					
	Moneda (Quetzales)				Moneda (Quetzales)		Monedas (Dólares Americanos)					
	Plan Basico		Plan Premier		A	B	Plan Basico			Plan Premier		
Cobertura en caso de Accidente	A	B	A	B	A	B	A	B	C	A	B	C
Muerte Accidental	100,000	250,000	100,000	250,000	150,000	150,000	50,000	100,000	200,000	50,000	100,000	200,000
Desmembración Accidental	100,000	250,000	100,000	250,000	N/A	150,000	50,000	100,000	200,000	50,000	100,000	200,000
Incapacidad Total y Permanente (ITP)	100,000	250,000	100,000	250,000	N/A	150,000	50,000	100,000	200,000	50,000	100,000	200,000
Reembolso de Gastos Funerarios	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
Reembolso de Gastos Médicos	10,000	25,000	10,000	25,000	N/A	10,000	5,000	10,000	20,000	5,000	10,000	20,000
Deducible Gastos Médicos por Evento	200	500	200	500	N/A	200	100	200	400	100	200	400
Plan de Indemnización por Cáncer	N/A	N/A	50,000	125,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	25,000	50,000	75,000
Renta Diaria por Hospitalización	N/A	N/A	400	500	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100	150	150
Marque Plan Solicitado												

PLANES	EJECUTIVO VIP MONEDA: (Dólares Americanos)						ENFERMEDADES GRAVES MONEDA: (Dólares Americanos)					
	A	B	C	D	E	F				A	B	C
Muerte Accidental	250,000	300,000	350,000	400,000	450,000	500,000	Muerte Accidental			5,000	5,000	5,000
Desmembración Accidental	250,000	300,000	350,000	400,000	450,000	500,000	Enfermedades Graves			50,000	75,000	100,000
*Incapacidad Total y Permanente	250,000	300,000	350,000	400,000	450,000	500,000						
Marque Plan Solicitado												

8. Prima Inicial _____ El monto de las coberturas para el cónyuge es 50% y los hijos del 25% o la cobertura de ITP no aplica para los hijos. El monto del deducible de gastos médicos aplica igual para todo los miembros de la familia, no tiene reducción.

9. Forma de Pago <input type="checkbox"/> Pago Directo <input type="checkbox"/> Débito Automático por Tarjeta de Crédito	10. Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual
--	--

11. Actualmente tienes en vigencia algún Seguro de Vida, Accidentes Personales, Enfermedades Graves, Hospitalización, Reembolso de Gastos Médicos y/o Indemnización diaria? No Tiene Reemplazo

Compañía de Seguros	Tipo de Plan	Año de Emisión	Suma Asegurada	Sí	No
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD

12. Proporcione detalles para todas las respuestas afirmativas:	Propuesto Asegurado			
	Principal	Sí	No	Dependiente
a) ¿Ha sido rechazada, pospuesta, aceptada con recargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un Seguro de Vida, Accidente o Gastos medicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Hay alguna otra solicitud de seguro de vida, accidentes o gastos medicos pendiente, contemplada o que piensa tomar en otra Compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Qué deporte practica <input type="checkbox"/> Vuelos Privados <input type="checkbox"/> Carrera de autos o motocicleta <input type="checkbox"/> Paracaidismo <input type="checkbox"/> Atletismo <input type="checkbox"/> Skí acuático <input type="checkbox"/> Alpinismo <input type="checkbox"/> Buceo <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿En sus labores ó practicas deportivas se pone en peligro su integridad fisica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Son los seguros de indemnización por incapacidad bajo todas las pólizas que usted tiene o está solicitando superior al 75% de sus ingresos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Planea usted vivir fuera de su país de residencia en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalles (en caso de haber respondido en sentido afirmativo, tanto el asegurado como el asegurado dependiente):

ANTECEDENTES DE SALUD

DATOS PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES							
13.a) 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 (Cms)	Peso (Lbs)	Padre				Hermanos			
		Madre				Hermanas			

d) ¿Ha presentado alguna vez una solicitud de Seguro de Vida, Muerte Accidental, Incapacidad, Enfermedad u Hospitalización que haya sido rechazada, aplazada o cancelada, o algunos de los seguros mencionados han sido modificados, recargados, o no renovados? Sí No

e) A su leal saber y entender, alguna de las personas propuestas para Seguro de Accidentes Personales ha estado en tratamiento o se ha indicado que padezcan de síntomas de las siguientes condiciones: diabetes, hipertensión arterial, trastornos cardiacos, enfermedad coronaria, arritmias, obesidad con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 35, enfermedades del pulmón, de los riñones, cáncer, úlcera gástrica, colitis ulcerosa, enfermedades de la sangre como leucemia, linfoma, anemia (excepto por falta de hierro), trastornos de la columna vertebral, nerviosos o mentales, enfermedades neurológicas, epilepsia, mal de Alzheimer, SIDA, síndrome de Down, deformidad, defectos y/o lesiones físicas, lesiones o alguna otra enfermedad?

f) ¿Tiene usted algunos de los siguientes síntomas sin explicación médica: fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o lesiones extrañas en la piel?

g) ¿A su leal saber y entender declara usted que a la fecha tanto usted como las personas propuestas para Seguro de Accidentes Personales gozan de buena salud y que se encuentran libres de cualquier impedimento y/o deformidad física?

h) Proporcione detalles de las preguntas contestadas afirmativamente. Identifique la pregunta y el o los Propuesto(s) Asegurado(s), subraye los puntos correspondientes e indique diagnósticos y tratamientos, fecha, duración, nombre, dirección de médicos y hospitales y su correo electrónico.

Preg. N°	Prop. Asg.	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o chequeos.	Nombre/dirección/email/teléfono de médicos/hospitales	Fechas

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

Por la presente convengo que:

Para transacciones con una prima anual igual o mayor a diez mil dólares USA (US\$10,000) el Departamento de Selección de Riesgos realizará un perfil financiero del Propuesto Asegurado, quien deberá completar el formulario A-3067 GUA proporcionado por la Compañía.

El dueño de cualquier póliza emitida en virtud de esta solicitud, será el Propuesto Asegurado, a menos que se indique lo contrario en la sección de Dueño de Póliza de esta solicitud.

Queda entendido y convenido que: 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.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

FIRMAS

Firmado en _____ el _____ de _____ de 20____.

Firma del Propuesto Asegurado Principal X _____	Firma del Dueño si es distinto del Propuesto Asegurado (Si es persona jurídica, deberá firmar un socio o representante legal que no sea el Propuesto Asegurado) X _____
Nombre impreso y número de identificación	Nombre impreso y número de identificación

Certifico que he registrado en esta solicitud de manera veraz y fiel la información proporcionada por el solicitante, y que he visto personalmente a cada persona para la cual se solicita seguro mediante esta solicitud.

Firma del Intermediario de Seguros X _____	Firma del Intermediario de Seguros X _____
Nombre impreso y número de código	Nombre impreso y número de código
Porcentaje _____ %	Porcentaje _____ %

PARA USO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA SOLAMENTE

Número de Póliza	Fecha	Firma Aprobada X _____
------------------	-------	----------------------------------

RECIBO CONDICIONAL

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE GUATEMALA
COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

ESTE RECIBO DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD A MENOS QUE SE HAYA RECIBIDO UN PAGO DE PRIMA CON LA SOLICITUD (en cuyo caso, queda en poder del Propuesto Asegurado)

Por la presente acusamos RECIBO de la suma de _____ en concepto de Prima por el Seguro o Seguros solicitado(s) sobre la vida de _____ para el (los) cual(es) se ha completado una solicitud Seguro de Accidentes Personales de Pan-American Life Insurance de Guatemala Compañía de Seguros, S.A., en uno de sus formularios impresos que lleva la misma fecha que este Recibo, y que está sujeto a los términos y condiciones estipulados por la Compañía.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____.

Intermediario de Seguros

CONVENIO DE SEGURO CONDICIONAL

Indisputabilidad, Edad y Suicidio:

Este seguro condicional está sujeto a las mismas limitaciones y condiciones que se encuentran en la póliza solicitada.

El Seguro Condicional caducará cuando ocurra la primera de las siguientes condiciones:

1. Pasar 60 días contados a partir de la fecha de la solicitud; o
2. Aprobación o rechazo por parte de la Compañía de la solicitud a la cual se adjunta este recibo. En caso de caducidad o rechazo se devolverá el importe de la prima pagada a la Compañía.

El Seguro Condicional no entrará en vigor en caso de:

1. Falta por parte del Propuesto Asegurado de suministrar datos, u otros requisitos solicitados por la Compañía;
2. Tener recibida la totalidad de la primera prima de conformidad con la forma de pago seleccionada aplicable al plan de seguro solicitado de acuerdo con la edad y salud del Propuesto Asegurado.
3. Pagar la prima que acompañe la solicitud con un cheque que no sea pagadero a Pan-American Life Insurance de Guatemala Compañía de Seguros, S.A.

Condiciones Esenciales para que exista Seguro Condicional:

1. En la fecha efectiva de la solicitud, el Propuesto Asegurado tiene que haber sido aceptable como riesgo asegurable a tarifa normal en los términos y bajo las condiciones del plan de seguro solicitado, sin modificación alguna, de acuerdo con el reglamento y las prácticas de suscripción de riesgos de la Compañía;
2. Este recibo no puede haber sufrido alteración o modificación alguna; y
3. Que la prima haya sido pagada. Si el pago se hizo a través de cheque, el mismo haya sido cobrado sin contratiempo. Si el cheque no es pagado por el banco, esta condición será considerada como no cumplida.

Término Máximo del Seguro Condicional:

Sesenta (60) Días a partir de la fecha de la solicitud, o fecha en que se entrega la póliza al dueño, la que ocurra primero.

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE GUATEMALA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.