

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

PAN-AMERICAN LIFE PROTECTOR SEGURO DE VIDA UNIVERSAL										No. de trámite:	
Este documento sólo constituye una solicitud de seguro de vida, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.											
Firmado en _____ el _____ mes / día / año											
I. INFORMACIÓN DEL DUEÑO DE LA PÓLIZA (Complete únicamente si es diferente al Propuesto Asegurado)											
1. a) Apellido(s) o Nombre de la Entidad				b) Nombre(s)				c) Fecha de Nacimiento MM DD AAAA		d) País de Nacimiento	
e) País(es) de Residencia Legal (enumere todos los que le apliquen)				f) N° de Identificación o Referencia Fiscal (enumere todos los que le apliquen)				g) Teléfono (código, ciudad y número)			
h) Dirección Residencial: Edificio, # Casa o Apartamento, Calle				i) Ciudad		j) Estado/Provincia		k) Cantón		l) Código Postal	
m) País		n) Relación con el Propuesto Asegurado		o) Nacionalidad(es)				p) Tipo y Número de Documento de Identidad			
q) Si es una Corporación o Fideicomiso, Lugar y Fecha de Constitución				r) Ocupación/Profesión o Actividad				s) Correo Electrónico			
t) Ingreso anual actual US \$ _____		u) Si el Propuesto Asegurado es menor de 18 años, indique la suma total de seguro de vida sobre el padre, madre o tutor(es). US \$ _____				v) País(es) de Residencia Fiscal (enumere todos los que le apliquen)					
II. DECLARACIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO											
2. a) Primer Apellido		Segundo Apellido o de Casada		b) Nombre(s)				c) País de Nacimiento			
d) Tipo y Número de Documento de Identidad		e) Nacionalidad(es)		f) Sexo ☐ M ☐ F		g) Fecha de Nacimiento MM DD AAAA		h) Correo Electrónico			
i) Dirección Residencial: Edificio, # Casa o Apartamento, Calle				j) Ciudad		k) Estado/Provincia		l) Cantón		m) Código Postal	
n) País		o) Celular/Móvil/Teléfono (código, ciudad y número)				p) País(es) de Residencia Fiscal (enumere todos los que le apliquen)					
q) País(es) de Residencia Legal (enumere todos los que le apliquen)				r) N° de Identificación o Referencia Fiscal (enumere todos los que le apliquen)				s) Estado Civil			
3. a) Nombre de la Empresa donde labora (si es profesional independiente, indique su profesión)				b) Naturaleza del Negocio				c) Teléfono del Negocio (código, ciudad y número)			
d) Dirección Comercial: Edificio, # Casa o Apartamento, Calle				e) Ciudad		f) Estado/Provincia		g) Cantón		h) Código Postal	
i) País		j) Sitio Web de la Empresa				k) Ingreso anual actual US \$ _____		l) Patrimonio Neto US \$ _____			
4. a) Ocupación		b) Describa los deberes y/o funciones exactas (relacionados con la ocupación o profesión)						c) Antigüedad en la Ocupación			
d) ¿Está trabajando actualmente? ☐ No ☐ Sí		e) Otros empleos en los últimos 3 años ☐ No ☐ Sí Detalles: _____									
III. INFORMACIÓN DEL PAGADOR DE LA PÓLIZA (Complete únicamente si es diferente al Propuesto Asegurado)											
5. a) Apellido(s) o Nombre de la Entidad				b) Nombre(s)				c) Fecha de Nacimiento MM DD AAAA		d) País de Nacimiento	
e) Tipo y número de documento de identidad				f) Nacionalidad(es)				g) Teléfono (código, ciudad y número)			
h) Dirección Residencial: Edificio, # Casa o Apartamento, Calle				i) Ciudad		j) Estado/Provincia		k) Cantón		l) Código Postal	
m) País		n) Relación con el Propuesto Asegurado		o) Ingreso anual actual US\$ _____				p) Ocupación/Profesión o Actividad			
q) Si es una Corporación o Fideicomiso, lugar y fecha de constitución						r) Correo Electrónico					
s) País(es) de Residencia Fiscal (enumere todos los que le apliquen)						t) N° de Identificación o Referencia Fiscal (enumere todos los que le apliquen)					

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

IV. EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

6. Esta sección debe completarse para todos los casos (médicos y no médicos). Proporcione una explicación detallada para todas las respuestas afirmativas.

No

Sí

a) ¿Alguna vez le ha sido denegada, pospuesta, aceptada con un recargo o modificada alguna solicitud para seguro de vida o de salud?

b) ¿Ha sometido alguna solicitud para seguro de vida, salud o incapacidad, o una rehabilitación que se encuentre pendiente en otra compañía?

c) ¿Alguna vez ha participado o piensa participar en alguna actividad de aviación como piloto, estudiante o tripulante? *

(* Si su respuesta es "Sí" complete el formulario E1200-Cuestionario de Aviación

d) ¿Alguna vez ha participado o piensa participar en alguna carrera de autos o motos, buceo, paracaidismo, parapente, vuelo con ala delta, paracaidismo de montaña, vuelo en globo o cualquier otro deporte peligroso?*

(* Si su respuesta es "Sí" complete el formulario E1201-Cuestionario de Deporte Peligroso.

e) ¿Alguna vez ha sido arrestado por conducir un vehículo bajo la influencia de alcohol o drogas?

f) ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos, pipa o puros, o ha usado alguna forma de tabaco? Si su respuesta es afirmativa, indique cantidad y frecuencia: _____

g) ¿Dejó de fumar? Indique cuando: ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 10 años o más ☐ Nunca he fumado

h) ¿Tiene o ha tenido un cargo político en el Gobierno por elección o nombramiento?

i) ¿Sirve o ha servido en las Fuerzas Armadas?

j) ¿Es usted o alguna de las personas a ser asegurada(s) o designada(s) como beneficiario(s), dueño o pagador, una Persona Expuesta Políticamente (PEP), familiar o estrecho colaborador de PEP?

k) ¿Alguna vez ha tenido dificultades personales o financieras? Explique: _____

l) ¿Alguna vez ha sido víctima de amenazas o intento de secuestro o ha sido secuestrado? Explique: _____

m) ¿Alguna vez lo han implicado, acusado o condenado por alguna actividad delictiva? Explique: _____

n) ¿Tiene Ud. conocimiento de alguna circunstancia desfavorable anterior o actual relativa a su salud, costumbres, reputación o modo de vida que pueda afectar su asegurabilidad?

o) ¿Alguna vez lo han admitido en un centro o instalación (incluidos grupos de apoyo) por el uso de alcohol o drogas?

p) Viaje Internacional

País

Días por año

País

Días por año

p1) En los últimos dos (2) años:

No ☐ Sí ☐ (proporcione detalles)

p2) Planea hacerlo el próximo año:

No ☐ Sí ☐ (proporcione detalles)

q) Explique las respuestas afirmativas (Identifique el/los número(s) de pregunta y circule los términos que apliquen)

7. Seguro en Vigencia Actualmente ☐ No ☐ Sí (Proporcione Detalles)

Compañía de Seguros

Plan

Número de Póliza

Año de Emisión

Suma Asegurada

Reemplazo

☐ Vida ☐ Incapacidad

☐ Salud ☐ Accidentes / Enfermedades

☐ No ☐ Sí

☐ Vida ☐ Incapacidad

☐ Salud ☐ Accidentes / Enfermedades

☐ No ☐ Sí

8. En los últimos 12 meses: Si respondió "Sí" a 8 (a), (b) o (c) no es posible aceptar la prima y no se le podrá entregar el recibo condicional.

a) ¿Ha sido diagnosticado o tratado por enfermedades del corazón, derrame cerebral o cáncer?

b) ¿Ha consultado a un médico por presión arterial elevada que requiera tratamiento o le han hecho electrocardiograma por cualquier otro motivo que no sea un examen físico de rutina?

c) ¿Está contemplando una hospitalización, cirugía u otro tratamiento médico en los próximos 12 meses?

V. ANTECEDENTES DE SALUD (todos los campos son obligatorios y se deben completar para TODOS los casos)

9. a) INFORMACIÓN PERSONAL

Altura ☐ cm ☐ pie/pulgadas _____

Peso: ☐ kg. ☐ lbs _____

Indice de masa corporal (si lo conoce) _____

b) ANTECEDENTES FAMILIARES

Parentesco

Edad si vive

Edad al fallecer

Causa de Muerte

Parentesco

Edad si vive

Edad al fallecer

Causa de Muerte

Padre

Madre

Hermana ☐

Hermana ☐

Hermano ☐

Hermano ☐

Hermana ☐

Hermana ☐

Hermano ☐

Hermano ☐

Hermana ☐

Hermana ☐

Hermano ☐

Hermano ☐

10. a) Nombre de su médico o del médico que haya consultado recientemente

b) Fecha y motivo de última consulta, tratamiento, medicamentos

c) Dirección completa del médico (calle y número, ciudad, estado, código postal)

d) Teléfono de médico personal

e) Correo electrónico del médico

E-1510-CR Rev. 01-2023 Centro Corporativo Lindora, 2do Piso, 125 metros oeste de Momentum Lindora I San José, Costa Rica I Tel: (506) 2204-6300 I palig.com/vidaindividual

2

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

11. Según mi leal saber y entender, me han diagnosticado o tratado médicamente por:
Para cada condición médica en la que se selecciona sí, ingrese los siguientes datos en cada casilla como se indica a continuación:

a) TRASTORNOS DE LOS OJOS incluyendo glaucoma, córnea. No incluya corrección habitual de la visión por medio de lentes o anteojos, o chequeos periódicos de visión.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

b) TRASTORNOS DE LOS OIDOS, NARIZ Y GARGANTA incluyendo ronquera persistente.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

c) TRASTORNOS NEUROLÓGICOS incluyendo 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.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

d) TRASTORNOS PULMONARES incluyendo neumonía, bronquitis, asma, enfisema, alergia, tos permanente, tuberculosis, hemoptisis, enfermedad respiratoria crónica o cualquier otro trastorno respiratorio o pulmonar.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

e) TRASTORNOS URINARIOS O GENITALES incluyendo cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones renales, infecciones del tracto urinario, quistes, prostatitis, enfermedades de transmisión sexual.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

f) TRASTORNOS DEL HIGADO Y VESÍCULA incluyendo Hepatitis, cirrosis, cálculos biliares, colecistectomía, colecistitis o cualquier otro trastorno del hígado o la vesícula biliar.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

g) TRASTORNOS ENDOCRINOS incluyendo Hipertiroidismo, hipotiroidismo, bocio, diabetes mellitus tipo I o II, hipoglicemia, niveles elevados de azúcar en sangre, lesiones en páncreas, paratiroides o cualquier trastorno del sistema endocrino.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

h) TUMORES Y/O CRECIMIENTO incluyendo benignos o malignos, cáncer, quistes, lunares, verrugas, bultos o cualquier otro crecimiento, incluyendo aquellos por los que no haya consultado un médico.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

i) TRASTORNOS DIGESTIVOS DEL TRACTO incluyendo Úlcera duodenal o gástrica, dispepsia, indigestión, gastritis, sangrado intestinal, divertículos, hemorroides, colitis, estreñimiento, esofagitis, hernia hiatal o cualquier trastorno del sistema digestivo.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

j) TRASTORNOS CARDIOVASCULARES Y/O CIRCULATORIOS incluyendo presión arterial alta, infarto del miocardio, angina de pecho, soplo, lesiones valvulares, venas varicosas, palpitaciones, taquicardia, dolor de pecho, enfermedad coronaria, aneurisma, fiebre reumática, enfermedad de Chagas o cualquier otro trastorno cardiovascular.

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

k) TRASTORNOS DE HUESO Y/O ARTICULACIONES incluyendo artritis, gota, ciática, reumatismo o trastornos de los músculos, huesos, columna vertebral, espalda o articulaciones, hernias discales, artritis reumatoide, osteoporosis o enfermedades inmunes (colágeno).

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

l) TRASTORNOS DE LA SANGRE Y/O DEL BAZO incluyendo anemia, leucemia, hemofilia, flebitis, tromboflebitis, o cualquier trastorno de la sangre, sistema vascular o bazo. ¿Recibió una transfusión de sangre?

Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos

Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales

Fechas:

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

No ☐ Sí ☐

E-1510-CR Rev. 01-2023 Centro Corporativo Lindora, 2do Piso, 125 metros oeste de Momentum Lindora I San José, Costa Rica I Tel: (506) 2204-6300 I palig.com/vidaindividual

3

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

11. Según mi leal saber y entender, me han diagnosticado o tratado médicamente por: Para cada condición médica en la que se selecciona sí, ingrese los siguientes datos en cada casilla como se indica a continuación:	
m) TRASTORNOS EN LA PIEL incluyendo cáncer de piel, cicatrices quirúrgicas y no quirúrgicas u otras lesiones o trastornos de la piel. <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
n) TRASTORNOS RELACIONADOS AL HIV incluyendo si 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 condición derivada de dicha infección. <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
o) CONSULTA MEDICA/PRUEBAS ESPERADAS incluyendo un electrocardiograma, radiografías, tomografía, resonancia magnética u otros estudios de diagnóstico o está contemplando la posibilidad de hospitalización, cirugía o cualquier otro tratamiento médico en los próximos 12 meses. <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
p) HOSPITALIZACIÓN: En los últimos cinco años ha estado hospitalizado por enfermedad, accidente o cirugía. <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
q) ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿Algún familiar inmediato ha sido diagnosticado o tratado clínicamente por diabetes, cáncer (especifique qué tipo), enfermedad del corazón, incluyendo dolor de pecho y ataque cardíaco, enfermedad de Huntington, enfermedad de las neuronas motoras, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad renal poliquística, derrame cerebral, enfermedad mental, hipertensión, insuficiencia renal o cualquier trastorno hereditario? <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
r) SERVICIO MILITAR: ¿Ha sido diferido, o rechazado o dado de baja del servicio militar debido a condiciones físicas o mentales? <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
s) TRATAMIENTO MEDICO/OBSERVACIÓN: ¿Está bajo observación o tratamiento por un médico o centro médico? <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
t) ALCOHOL Y/O DROGAS: ¿Ha recibido tratamiento por abuso de alcohol o drogas? <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
u) PARA HOMBRES: ¿Ha tenido un chequeo de próstata? ¿Le han hecho una prueba de Antígeno Prostático? Indicar las fechas y resultados abajo. <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
v) MUJERES DE TODAS LAS EDADES:	
1. Trastornos de los ovarios, útero, bultos en senos, secreción anormal o cualquier otro trastorno ginecológico o de los senos. <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
2. ¿Se ha realizado recientemente una Mamografía, Papanicolaou o chequeo ginecológico? Indique fechas, nombre(s) del(los) médico(s) y los resultados. <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>
3. ¿Está embarazada? Indique cuantas semanas (o meses) y proporcione la declaración correspondiente del médico tratante. <u>Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas o exámenes físicos</u>	No ☐ Sí ☐ <u>Nombre y dirección / teléfono / correos electrónicos de doctores u hospitales</u> <u>Fechas:</u>

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

VI. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (el % de distribución debe ser 100%)

12.	Primer y Segundo Nombres Paterno, Materno y Casada Apellidos	Parentesco Nacionalidad	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Número y Tipo de Documento	%
Beneficiario Principal					
Beneficiario Contingente					

13. ¿Se reserva el derecho a cambiar beneficiarios? (Seleccione “No” para Beneficiario Irrevocable) ☐ No ☒ Sí

Firma del Propuesto Asegurado
(Padre, Madre o Tutor, en caso de que el Propuesto Asegurado sea menor de 18 años)

Firmado en (MM/DD/AAAA):

X

Nombre escrito en letra molde:

Firma del Dueño si es distinto al Propuesto Asegurado
(en el caso de Corporación, Asociación o Fideicomiso, debe firmar un Oficial, Socio, Representante Legal o Fideicomisario que no sea el Propuesto Asegurado).

Firmado en (MM/DD/AAAA):

X

Nombre escrito en letra molde:

VII. PLAZO DE VIGENCIA DE LOS PRODUCTOS

14. Vida Universal: Permanente (mientras se pague la prima)

VIII. DETALLE DE COBERTURAS

15. PLANES Y CONVENIOS

a) Plan Básico

Vida Universal: ☐ Life Protector

b) Opciones de Beneficio por Muerte ☐ Opción 1 (Nivelada) ☐ Opción 2 (Creciente)

c) Propuesto Asegurado Principal

f) Suma Asegurada

☐ Suma Asegurada del Plan Básico de Seguro US\$

☐ Convenio de Seguro Adicional (CSA) para el Asegurado Principal US\$

☐ Convenio de Exención del Pago de Deducciones por Incapacidad (WP)

☐ Convenio de Indemnización Adicional por Muerte y Desmembramiento por causa Accidental US\$

d) Propuesto Asegurado Adicional - complete la Declaración Complementaria E-3103i

☐ Convenio de Seguro para el Asegurado Adicional US\$

e) Clasificación de Riesgos (marque todas las opciones que apliquen) ☐ No Consumidor de Tabaco ☐ Consumidor de Tabaco ☐ Preferencial

g) Método de pago

h) Frecuencia de Pago

☐ Pago Directo ☐ Débito automático Bancario (ACH) ☐ Débito Automático por Tarjeta de Crédito ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Mensual

☐ Transferencia Bancaria ☐ Deducción por Nómina

i) Primas (No se cobra prima si la suma asegurada y los convenios exceden US\$500,000.00)

i1) Prima Periódica Planeada US \$

i3) Origen de Fondos de la Prima Inicial ☐ Ingresos Personales ☐ Ganancias de la Empresa ☐ Otro (Explique)

i2) Pago o Depósito Adicional US \$

i4) Origen de Fondos del Pago o Depósito Adicional ☐ Ingresos Personales ☐ Ganancias de la Empresa ☐ Otro (Explique)

IX. INFORME DEL PRODUCTOR DE SEGUROS

1. ¿Qué tan bien conoce al (los) Propuesto(s) Asegurado(s)? ☐ Muy bien por ____ años. ☐ Bien por ____ años. ☐ Casualmente por ____ años. ☐ Conocido con motivo de esta solicitud. ☐ Familiar: Parentesco _____ ☐ Ingresos del año anterior _____			2. Propósito del Seguro: ☐ Protección Familiar ☐ Continuación de ingresos ☐ Persona clave ☐ Bono para Ejecutivos ☐ Retroventa de Acciones (en caso de socios) ☐ Otro: _____ ☐ Planificación patrimonial ☐ Ingresos por Jubilación ☐ Regalo ☐ Hipoteca ☐ Garantía de Préstamo		
3. Otros nombres por los cuales se conoce al (los) Propuesto(s) Asegurado(s) (incluya otros apellidos, o apellidos de soltera).					
4. ¿Llevó a cabo una búsqueda en Internet sobre el Propuesto Asegurado? ¿Tiene algún comentario? ☐ No ☐ Sí					
5. ¿Cómo se determinó la suma asegurada?					
6. ¿El Propuesto Asegurado lee y entiende el idioma en el que esta solicitud está escrita? (si la respuesta fue no, explique cómo fue el intercambio de información) ☐ No ☐ Sí					
7. Requisitos para esta solicitud:		Adjunta	Solicitado, por Enviarse	8. Si el Propuesto Asegurado es menor de 18 años, indique:	
Examen Médico		☐	☐	¿Con quién vive el menor? _____	
Análisis de Orina		☐	☐	¿Cuántos hermanos(as) tiene? _____	
Perfil de Química Sanguínea		☐	☐	¿Están todos asegurados? ☐ No ☐ Sí	
Electrocardiograma de Reposo		☐	☐	¿Por sumas iguales? ☐ No ☐ Sí	
Ergometría (ECG de Esfuerzo)		☐	☐	¿Con <u>qué</u> Compañía? _____	
Formulario Financiero		☐	☐	¿Tiene seguro el padre? ☐ No ☐ Sí Suma Asegurada US \$ _____	
Informe de Inspección		☐	☐	Compañía _____	
Informe de Médico Tratante (IMT)		☐	☐	¿Tiene seguro la madre? ☐ No ☐ Sí Suma Asegurada US \$ _____	
Dr. _____				Compañía _____	
IMT del Médico u Hospital:		☐	☐	9. Referencias: Proporcione el nombre completo de dos referencias personales o comerciales que puedan informar sobre el(los) propuesto(s) asegurado(s) y que puedan ser contactados por la compañía de informes de Inspección si es necesario.	
_____				<u>Referencia 1:</u>	
Documento de identidad		☐	☐	Nombre Completo: _____ Celular: _____	
				Relación: _____ Hora en que puede ser llamado: _____	
10. Proporcione el teléfono celular personal del/los Propuesto(s) Asegurado(s), la hora y la fecha en que la compañía encargada del Informe de Inspección pueda contactarlos, de ser necesario. Por favor, indique el código de país y ciudad:				<u>Referencia 2:</u>	
Teléfono 1 _____				Nombre Completo: _____ Celular: _____	
Teléfono 2 _____				Relación: _____ Hora en que puede ser llamado: _____	
Fecha y hora para contactarlo _____					
Fecha y hora alternativa _____					
Permita un tiempo hasta que contactemos a la Compañía de Inspecciones.					
Por este medio certifico que (1) me reuní con el (los) Solicitante (s); (2) fielmente llené esta solicitud con la información suministrada por el (los) Solicitantes; y, (3) Verifiqué personalmente los documentos de identidad del (los) Solicitantes. Copias de dichos documentos de identidad se han adjuntado a la susodicha Solicitud.					

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

16. Instrucciones Especiales:

17. Correo Electrónico del Dueño (El Contrato se enviará a esta dirección de correo electrónico):

X. OTROS TEMAS

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

Cada uno de los Propuestos Asegurados que firma más abajo autorizan a cualquier médico, hospital, clínica o institución médica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, Medical Information Bureau, LLC ("MIB") o cualquier otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre su persona o sobre su salud, o la de sus hijos menores para que divulgue esa información a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores con el objeto de evaluar su solicitud para seguro de vida. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

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 diagnósticos 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.

Cada uno de los Propuestos Asegurados asimismo autoriza a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores a efectuar un breve informe sobre la información personal y protegida acerca de su salud al MIB. Cada Propuesto Asegurado entiende que puede solicitar una copia de esta autorización. Cada Propuesto Asegurado conviene que ha recibido el Aviso acerca del Medical Information Bureau, LLC ("MIB").

Cada uno de los Propuestos Asegurados entiende que pueden ser entrevistados por un tercero, si la compañía solicita un informe de Inspección para seguro o investigación del consumidor con referencia a esta solicitud. Asimismo entienden que la compañía puede solicitarles que se sometan a determinadas pruebas que incluyan, pero no se limite a Análisis de Orina, Electro-cardiogramas, Radiografías, Glucemia, Funciones Hepáticas y Renales, e infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humano VIH.

Asimismo, por este medio el Propuesto Asegurado y/o Contratante o Dueño de la Póliza y hace(n) constar que entiende(n) que al pagar por adelantado la prima o al autorizar el pago por adelantado de la prima, no implica que el Propuesto Asegurado se encuentre cubierto ni que la Compañía esté aceptando el riesgo relacionado con la presente Solicitud de Seguro, por lo que el Propuesto Asegurado es consciente de que, en caso de que el riesgo no sea aceptado y la póliza no sea emitida por Pan-American Life de Costa Rica, S.A., el dinero pagado por adelantado le será reembolsado al Propuesto Asegurado y/o Contratante o Dueño de la Póliza por la Compañía por medio de transferencia bancaria de forma íntegra en un plazo no mayor de cinco días hábiles.

Cada uno de los Propuestos Asegurados autorizamos que nuestros datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) el trámite de mi solicitud de seguro y proceso de suscripción, ii) el proceso de la determinación de primas y las selección de riesgos, iii) la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo, iv) el control y la prevención del fraude, v) la liquidación y pago de siniestros, vi) todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, vii) la elaboración de estudios de técnica aseguradora, viii) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) intercambio o remisión de EL Tratamiento podrá ser realizado directamente por dichas empresas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

El (los) Propuesto(s) Asegurado(s), Padre, Madre o Representante Legal (si el Propuesto Asegurado es menor de 15 años) y 1) el Dueño, si es una persona que no es el Propuesto Asegurado Principal, Padre, Madre o Tutor, declara que según su mejor saber y entender, las respuestas y declaraciones efectuadas en las Partes 1 y 2 (si la Parte 2 es requerida por la Compañía) de esta Solicitud son verdaderas y completas. El que suscribe acuerda que 1) ninguna exoneración o modificación de cualquiera de las cláusulas del contrato o cualquiera de los derechos o requisitos comprometerán a la compañía a menos que hayan sido emitidos por escrito y aprobados por la Compañía, y 2) la aceptación de todo contrato emitido ratificará cualquier cambio realizado por la Compañía en el espacio indicado como "Endosos de la Aseguradora". Sin embargo, cambios en el plan de seguro, suma asegurada, edad a la fecha de emisión, clasificación de riesgo o beneficios serán efectuados únicamente con el consentimiento por escrito del Dueño,. 3) La suma de US\$_____ para ser aplicada al Seguro de Vida ha sido pagada en efectivo y la responsabilidad de la Compañía se indicará en el Recibo Condicional. Ningún otro recibo se considerará válido. 4) Cualquier contrato que resulte de esta Solicitud será constituido de acuerdo con las leyes, donde ésta Solicitud fue firmada.

PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contando a partir de la fecha de su recibido. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En caso de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

En caso de no estar acuerdo con el resultado de la Evaluación podrá presentar a la Compañía una solicitud de reevaluación dirigida al Departamento de Evaluación de Riesgos al siguiente correo: servicioalclientecr@palig.com la cual será resuelta por la compañía en un plazo máximo de 15 días hábiles.

INFORMACIÓN PREVIA AL CONTRATO DE SEGURO

Hacemos constar, tanto yo, asegurado principal, como mis dependientes, que hemos recibido la información y la explicación clara sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, la obligaciones, los cargos, las coberturas, las exclusiones de la Póliza, el periodo de vigencia del Seguro, Monto de la prima y procedimiento para su pago y los reclamos en caso de siniestro, así como las causas de extinción del contrato. Igualmente hago constar que recibí la explicación clara sobre el derecho desistimiento del contrato, las penalidades, el plazo y el procedimiento, el derecho a recibir respuesta oportuna a todo Reclamo, Petición o Solicitud que presente ante la compañía, sus Agentes o Representantes dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

Igualmente se me informo sobre las empresas que conforman la red de proveedores de servicios auxiliares para las prestaciones por contratar y mi derecho a escoger libremente entre los distintos proveedores que conformen la red.

ADVERTENCIA

Toda 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. La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos del Asegurador deberá ser aceptada o rechazada por éste dentro de un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo en la oficina del Asegurador. Si el Asegurador no se pronuncia dentro del plazo, la Solicitud de Seguro se extenderá a favor del Solicitante o Tomador. En casos de complejidad excepcional, el Asegurador deberá indicar al Solicitante o Tomador la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de 2 (dos) meses.

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

AVISO REFERENTE A LA OFICINA DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información referida a su asegurabilidad y la de los Propuestos Asegurados es tratada en forma confidencial. Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. o sus reaseguradores podrán en cualquier momento, hacer un breve informe y enviar información a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau ó MIB) una organización sin fines de lucro formada por compañías de seguros de vida, que opera un sistema de intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita seguro de vida, seguro por incapacidad o presenta un siniestro o solicita reclamo por beneficios con otra compañía miembro, a pedido de dicha compañía el MIB le proporcionará la información que disponga en sus archivos.

Si usted lo solicita por escrito, el MIB le proporcionará toda información que disponga acerca suyo. Si usted cuestiona o tiene dudas sobre la exactitud de la información existente en su expediente, puede contactar al MIB y solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos indicados en la Ley de Crédito Imparcial de EE.UU. (Fair Credit Reporting Act). La dirección del MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734, Estados Unidos de Norteamérica. El número de teléfono es: (866) 692-6901.

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., o sus reaseguradores puede divulgar información a otras compañías de seguros a las que usted haya solicitado o pueda solicitar seguros de vida, incapacidad o a quien presente un siniestro o solicite beneficios. Información adicional acerca del MIB puede obtenerse en la página web www.mib.com.

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.

Afirmo que todas las declaraciones hechas respecto al seguro a solicitar, aun cuando aparezcan en formulario(s) distinto(s) a éste, son completas y verídicas.

MEDIOS ELECTRÓNICOS Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

- 1. El contrato se emitirá y firmará válidamente utilizando medios electrónicos.
- 2. Todas las comunicaciones entre la Compañía y el titular de la póliza se realizarán por medio del Intermediario de Seguros que ha sido seleccionado por el titular de la póliza.
- 3. El titular de la póliza acepta que, en virtud de la intermediación de la relación de seguros, el intermediario de Seguros tendrá acceso a los datos personales e información médica suya y de los beneficiarios que remita a la Compañía, durante la fase de aplicación / evaluación para la toma del seguro, y en fases posteriores, si el titular de la póliza o los beneficiarios remiten reclamos por medio del Intermediario de Seguros.
- 4. El titular de la póliza acepta que la Compañía envíe una copia del Contrato de Seguro aprobado relacionado con esta Solicitud de Seguro a su Intermediario.

Firma del Propuesto Asegurado
(Padre, Madre o Tutor, en caso de que el Propuesto Asegurado sea menor de 18 años)

Firmado en (MM/DD/AAAA):

X _____
Nombre escrito en letra molde:

Firma del Dueño si es distinto al Propuesto Asegurado
(en el caso de Corporación, Asociación o Fideicomiso, debe firmar un Oficial, Socio, Representante Legal o Fideicomisario que no sea el Propuesto Asegurado).

Firmado en (MM/DD/AAAA):

X _____
Nombre escrito en letra molde:

Firma del Intermediario de Seguros	Nombre escrito en letra molde	Código del Intermediario	% Participación	Fecha MM DD AAAA
X _____				
Firma del Intermediario de Seguros	Nombre escrito en letra molde	Código del Intermediario	% Participación	Fecha MM DD AAAA
X _____				

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA**XI. RECIBO CONDICIONAL****PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, 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 US\$ _____ 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 de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, 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.

Firma del Corredor de Seguros

Firmado en:
(MM/DD/AAAA)

Firma del Representante Legal

Firmado en:
(MM/DD/AAAA)

X _____

X _____

CONVENIO DE SEGURO CONDICIONAL - SOLICITUD DE VIDA**El Asegurado:**

El Propuesto Asegurado que aparece en la solicitud.

El Beneficiario:

Según la solicitud y autorizaciones adjuntas.

Monto de Seguro:

El 20% de la Suma Asegurada solicitada en la Solicitud, la cual es definida como la suma asegurada del plan básico más el convenio de seguro adicional sobre el asegurado principal, y las autorizaciones adjuntas, siempre y cuando la Suma Asegurada solicitada no exceda de US\$500,000. Cuando la Suma Asegurada solicitada exceda los US\$500,000, no habrá ninguna cobertura de seguro condicional.

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.

El Seguro Condicional no entrará en vigor en caso de:

1. La falta por parte del Propuesto Asegurado de suministrar datos, muestras, pruebas, resultados de estudios o análisis, etc. a la Compañía;
2. La prima recibida junto con la solicitud para cubrir las retenciones y deducciones resulta insuficiente (incluyendo aquéllas para riesgos subnormales si la salud del Propuesto Asegurado así lo requiere) aplicables al plan de seguro solicitado de acuerdo con la edad y salud de Propuesto Asegurado.
3. Pagar la prima que acompañe la solicitud con un cheque que no sea pagadero a Pan American Life Insurance de Costa Rica, S.A.

Condiciones Esenciales para que exista Seguro Condicional:

1. El solicitante y el Propuesto Asegurado tienen que contestar negativamente las preguntas 8 a, b y c de la solicitud.
2. 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;
3. Debe haber concordancia exacta entre (1) los nombres del(los) Propuesto(s) Asegurado(s), (2) la fecha, y (3) el número, como aparecen en la solicitud y en este recibo;
4. Este recibo no puede haber sufrido alteración o modificación alguna; y
5. 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.

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.