

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD Y DEBEN SER LEGIBLES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES MODALIDAD INDIVIDUAL
(DÓLARES) SOLICITUD DE SEGURO

PAN-AMERICAN LIFE - SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES				No. de trámite:	
Este documento sólo constituye una solicitud de seguro de Enfermedades Graves, 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 CONTRATANTE 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) Ingreso anual actual US \$ _____	
t) País(es) de Residencia Fiscal (enumere todos los que le apliquen)			u) Correo Electrónico		
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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		e) Otros empleos en los últimos 3 años <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detalles: _____		f) Indique % de actividades diarias (total 100%) Administración _____% Manuales _____% Supervisión _____% Viajes _____% Solamente Aplica para: Clase Ocupacional Riesgos I, II y III	
g) Viajes al extranjero. Indique países/ciudades y tiempo que viaja anualmente:				Indique si es en aerolíneas <input type="checkbox"/> comerciales o <input type="checkbox"/> vuelos privados	

III. EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

5. a) Altura cm pie/pulgadas _____ b) Peso: kg. lbs _____ c) Índice de masa corporal (si lo conoce) _____

d) ¿Alguna vez le ha sido denegada, pospuesta, aceptada con un recargo o modificada alguna solicitud para seguro de vida o de salud? No Sí

e) ¿Ha sometido alguna solicitud para seguro de vida, salud o incapacidad, o una rehabilitación que se encuentre pendiente en otra compañía? No Sí

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: _____ No Sí

g) ¿Dejó de fumar? Indique cuando: 1 año 2 años 3 años 10 años o más Nunca he fumado No Sí

h) ¿Alguna vez ha participado o piensa participar en alguna actividad de aviación como piloto, estudiante o tripulante, carrera de autos o motos, buceo, paracaidismo, parapente, vuelo con ala delta, paracaidismo de montaña, vuelo en globo o cualquier otro deporte peligroso? No Sí
 Si responde "Sí" Complete Cuestionario de Aviación y/o Deportes Peligrosos.

i) ¿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 colaborado? No Sí

j) ¿Alguna vez ha sido víctima de amenazas o intento de secuestro o ha sido secuestrado o lo han implicado, acusado o condenado por alguna actividad delictiva? No Sí
 Explique: _____

k) ¿A su leal saber y entender, ha estado en tratamiento, o se le ha indicado alguna vez que padece o ha padecido de las siguientes condiciones médicas o sus síntomas? Diabetes en cualquiera de sus tipos, Insuficiencia renal o afectación de ambos riñones, Problemas con el corazón, sistema circulatorio, trastornos neurológicos, cerebrovascular, mentales o depresivos; cirrosis hepática, hepatitis crónica "B" o "C", pancreatitis, Sangrado del tubo digestivo; Enfisema, Asma crónica, Tuberculosis, Tos crónica; Cáncer, Tumores malignos, Leucemia o Lupus, SIDA o Seropositivo al VIH, Enfermedades de la sangre; Coma (inducido o no), Esclerosis múltiple, Enfermedad de Alzheimer. No Sí
 Explique: _____

l) Antecedentes Familiares: ¿Algún familiar inmediato ha sido diagnosticado o tratado clínicamente antes de los 65 años de edad por cáncer (especifique qué tipo), enfermedad del corazón, incluyendo dolor de pecho y ataque cardíaco, derrame cerebral, hipertensión, insuficiencia renal o cualquier trastorno hereditario? Explique: _____ No Sí

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

6. Seguro en Vigencia Actualmente No Sí (Proporcione Detalles)

Compañía de Seguros	Plan	Número de Póliza	Año de Emisión	Suma Asegurada	Reemplazo
	<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Accidentes / Enfermedades				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Accidentes / Enfermedades				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

7. ¿La cantidad de seguros de todos los Contratos en vigencia y los solicitados excede 10 veces sus ingresos anuales totales? No Sí

IV. RECLAMANTE SUSTITUTO

8. a) Nombre completo _____ b) Número de identificación _____

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

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

10. ¿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:

VI. PLAZO DE VIGENCIA DE LOS PRODUCTOS

11. Enfermedades Graves: Anual.

VII. DETALLE DE COBERTURAS

PLANES	TIPO: Individual Familiar	SUMA ASEGURADA	PRIMA A PAGAR	FRECUENCIA DE PAGO	MÉTODO DE PAGO
Enfermedades Graves		US\$ _____	US\$ _____		

Frecuencia de pago: Anual, Semestral, Mensual

Método de Pago: Pago Directo, Débito Automático bancario (ACH), Deducción por Nómina, Débito Automático por Tarjeta de Crédito, Transferencia Bancaria, Otros.

12. Instrucciones Especiales:

VIII. 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.

INFORMACIÓN DATOS DE FACTURACIÓN DE LA PÓLIZA

13. 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)							

VIII. OTROS TEMAS (CONTINUACIÓN)

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 entenderá 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.

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.

IX. 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.

X. 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.

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 _____				

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 ENFERMEDADES GRAVES

Incontestabilidad, 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.

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. La prima recibida junto con la solicitud resulta insuficiente para aplicar 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 Costa Rica, 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.

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