

# SOLICITUD COMBINADA DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS

## I- PÓLIZA(S) SOLICITADA(S)

Seleccione el producto (s) para el cual solicita cobertura:

- ☐ PAN-AMERICAN ACCESO MUNDIAL ☐ PAN-AMERICAN HEALTH ACCESS (DÓLARES)  
☐ PAN-AMERICAN ACCESO PREFERENCIAL ☐ SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL PANAMEDIC (DOLARES)

☐ Póliza nueva ☐ Adición de dependientes ☐ Cambio de plan ☐ Rehabilitación Número de Póliza

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

Lugar  y fecha  Mes  Día  Año  en que se completa la solicitud. **LIVE UW #**

## II- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

|                                                                                          |                |                                 |  |                                                       |                |                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|--|-------------------------------------------------------|----------------|----------------------|-----------|
| Nombre                                                                                   |                | Segundo Nombre                  |  | Primer Apellido                                       |                | Segundo Apellido     |           |
| Peso (Kg)                                                                                | Estatura (mts) | Fecha de nacimiento Mes/Día/Año |  | Sexo                                                  | Estado civil * | Cédula               | Ocupación |
|                                                                                          |                |                                 |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                |                      |           |
| Descripción exacta de la ocupación                                                       |                |                                 |  |                                                       |                | Dirección de trabajo |           |
| *S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho) |                |                                 |  |                                                       |                |                      |           |

Proveer su número de cuenta alBAN para el reembolso de reclamaciones por gastos médicos (20 dígitos)

Número de Cuenta Ahorros  Moneda: ☐ Dolares ☐ Colones  
Banco

## III- INFORMACIÓN DEL PAGADOR

|        |                |                 |                  |                  |
|--------|----------------|-----------------|------------------|------------------|
| Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Número de Cédula |
|--------|----------------|-----------------|------------------|------------------|

## IV- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

### Dirección residencial

|                                                 |                    |                                |
|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| Dirección                                       |                    | Provincia                      |
| Ciudad                                          | País de Residencia | Tiempo de Residencia           |
| Dirección Postal                                |                    |                                |
| Dirección (si es diferente de la anterior)      |                    | Provincia                      |
| Ciudad                                          | Correo electrónico |                                |
| Teléfonos de Contacto (Celular, Casa u Oficina) |                    | Correo electrónico del conyuge |

#### IV- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (CONTINUACIÓN)

1. ¿Tiene usted y todos los solicitantes una residencia legal y permanente en Costa Rica? ☐ **Sí** o ☐ **No**
2. ¿Actualmente usted o algún solicitante reside legalmente en los Estados Unidos de América por un período de 6 meses o más ininterrumpidos durante un período de 365 días? ☐ **Sí** o ☐ **No**
3. ¿En qué países están usted y todos los solicitantes del seguro autorizados a residir de forma legal, permanente o temporalmente?
4. ¿Usted o algún solicitante tiene múltiple nacionalidad o pasaporte? ☐ **Sí** o ☐ **No** País

#### V- INFORMACION DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES

|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |
|-------------------|-----------|----------------|---------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------|--|----------------|-----------|--------|
| Nombre y apellido |           |                |                                 |  |  | Correo electrónico                                         |  |                |           |        |
| Parentesco        | Peso (kg) | Estatura (mts) | Fecha de nacimiento Mes/Día/Año |  |  | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  | Estado civil * | Ocupación | Cédula |
|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |

|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |
|-------------------|-----------|----------------|---------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------|--|----------------|-----------|--------|
| Nombre y apellido |           |                |                                 |  |  | Correo electrónico                                         |  |                |           |        |
| Parentesco        | Peso (kg) | Estatura (mts) | Fecha de nacimiento Mes/Día/Año |  |  | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  | Estado civil * | Ocupación | Cédula |
|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |

|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |
|-------------------|-----------|----------------|---------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------|--|----------------|-----------|--------|
| Nombre y apellido |           |                |                                 |  |  | Correo electrónico                                         |  |                |           |        |
| Parentesco        | Peso (kg) | Estatura (mts) | Fecha de nacimiento Mes/Día/Año |  |  | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  | Estado civil * | Ocupación | Cédula |
|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |

|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |
|-------------------|-----------|----------------|---------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------|--|----------------|-----------|--------|
| Nombre y apellido |           |                |                                 |  |  | Correo electrónico                                         |  |                |           |        |
| Parentesco        | Peso (kg) | Estatura (mts) | Fecha de nacimiento Mes/Día/Año |  |  | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  | Estado civil * | Ocupación | Cédula |
|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |

|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |
|-------------------|-----------|----------------|---------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------|--|----------------|-----------|--------|
| Nombre y apellido |           |                |                                 |  |  | Correo electrónico                                         |  |                |           |        |
| Parentesco        | Peso (kg) | Estatura (mts) | Fecha de nacimiento Mes/Día/Año |  |  | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  | Estado civil * | Ocupación | Cédula |
|                   |           |                |                                 |  |  |                                                            |  |                |           |        |

\*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho)

#### VI- BENEFICIARIOS

Aplica para la cobertura de vida disponible en el seguro PANAMEDIC en los planes Diamante, Oro, Plata. Personales. Identifique la cantidad del porcentaje hasta un máximo de 100%.

| Beneficiario (s)* | Porcentaje | Parentesco | Tipo de ID               |                          |                          |                          |                          | No. Identificación | Fecha de nacimiento Mes/Día/Año |
|-------------------|------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------------------|
|                   |            |            | C.I.                     | C.R.                     | E.N.R.                   | DIMEX                    | DIDI                     |                    |                                 |
|                   |            |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                                 |
|                   |            |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                                 |
|                   |            |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                                 |
|                   |            |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                                 |

| Beneficiario (s) Suplemente (s) | Porcentaje | Parentesco | Tipo de ID               |                          |                          |                          |                          | No. Identificación | Fecha de nacimiento Mes/Día/Año |
|---------------------------------|------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------------------|
|                                 |            |            | C.I.                     | C.R.                     | E.N.R.                   | DIMEX                    | DIDI                     |                    |                                 |
|                                 |            |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                                 |
|                                 |            |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                                 |

C.I.: Cédula de Identidad C.R.: Cédula Residencia E.N.R.: Extranjero No Residente DIMEX: Documento Único de Identificación para Extranjeros DIDI: Documento de Identificación para Diplomáticos

**Advertencia:** 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. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos y otros cargos similares y no considerarán al contrato de seguro cómo el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiarios al mayor de edad, quién en todo caso sólo tendrían una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en el contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

## VII- PLAZO DE VIGENCIA

ANUAL

## VIII- PLAN A ELEGIR

SELECCIONE EL PRODUCTO (S) PARA EL CUAL SOLICITA COBERTURA:

Fecha de efectividad que solicita para la cobertura:

Mes      Día      Año

Por favor seleccione un producto:

- ☐ **PAN-AMERICAN ACCESO MUNDIAL**  
-- Cobertura Máxima: \$5,000,000  
Por favor seleccione un deducible anual: ☐ \$1,000 ☐ \$2,000 ☐ \$5,000 ☐ \$10,000 ☐ \$20,000
- ☐ **PAN-AMERICAN ACCESO PREFERENCIAL**  
-- Cobertura Máx.: \$2,000,000  
Por favor seleccione un deducible anual: ☐ \$1,000 ☐ \$2,000 ☐ \$5,000 ☐ \$10,000 ☐ \$20,000
- ☐ **PAN-AMERICAN HEALTHACCESS (DÓLARES)**  
-- Sin cobertura de Maternidad  
Por favor seleccione un deducible anual: ☐ \$1,000 ☐ \$2,000 ☐ \$5,000 ☐ \$10,000 ☐ \$20,000
- ☐ **PAN-AMERICAN HEALTHACCESS (DÓLARES)**  
-- Con cobertura de Maternidad\*  
Por favor seleccione un deducible anual: ☐ \$1,000 ☐ \$2,000

\*Cobertura de maternidad solo disponible para los deducibles de \$1,000 y \$2,000

## 5. SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL PANAMEDIC (DÓLARES) Por favor seleccione el plan:

- ☐ Plan Diamante Plus – Cobertura Máxima: \$1,000,000 ☐ Plan Diamante – Cobertura Máxima: \$500,000
- ☐ Plan Plata – Cobertura Máxima: \$150,000 ☐ Plan Oro – Cobertura Máxima: \$350,000 ☐ Plan Selecto – Cobertura Máxima: \$50,000

## IX- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

1. ¿La cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente?

☐ Sí o ☐ No

En caso afirmativo, por favor adjunte una copia:

### Certificado de la Cobertura

- Recibo del último pago
- Nombre de la Compañía
- Producto y Deducible
- Número de Póliza

3. ¿Alguna solicitud de seguro de gastos médicos, accidentes personales o vida ha sido negada, aceptada con restricciones o con una extraprima para alguno de los solicitantes?

☐ Sí o ☐ No (en caso afirmativo, favor explicar)

2. ¿Después que comience la cobertura, usted o alguno de sus dependientes tendrá otro seguro médico?

☐ Sí o ☐ No

En caso afirmativo, por favor adjunte una copia:

- Nombre de la Compañía
- Producto y Deducible
- Número de Póliza

4. ¿Usted o algún Solicitante han solicitado seguro o han sido asegurados por Pan-American Life de Costa Rica? Si en algún momento Usted o algún Solicitante fue o está actualmente asegurado con Pan-American Life en cualquiera de los productos de salud, accidentes personales o vida que ofrece nuestra compañía, es su responsabilidad reportar los detalles de dicha(s) póliza(s), incluyendo cualquier historial de reclamos presentado a la compañía que hayan sido o no pagados por Pan-American Life.

☐ Sí o ☐ No En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

- Número de Solicitud/Póliza
- Tipo de producto

Las secciones a continuación aplican para todos los productos seleccionados.

## X-ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido o padece?:

Solicitante 1   Solicitante 2   Solicitante 3   Solicitante 4   Solicitante 5   Solicitante 6  
SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO

|                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Infecciones?                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis u otros desórdenes neurológicos?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las secciones a continuación aplican para todos los productos seleccionados.

## X- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido o padece?:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Solicitante 1         |                       | Solicitante 2         |                       | Solicitante 3         |                       | Solicitante 4         |                       | Solicitante 5         |                       | Solicitante 6         |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO                    | SI                    | NO                    | SI                    | NO                    | SI                    | NO                    | SI                    | NO                    | SI                    | NO                    |
| 5. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, soplo, circulatorios, problemas de presión arterial, aneurisma, trombosis, venas varicosas, flebitis, fiebre reumática o colesterol o triglicéridos elevados?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Síntomas o signos del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, colitis, pólipos, divertículos u otros síntomas o signos del hígado, vesícula, recto, ano o sistema digestivo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Síntomas o signos de los riñones o del tracto urinario, infección urinaria, pielonefritis, pus o sangre en la orina, cistitis, piedras, insuficiencia renal o cualquier otro trastorno del riñón, ureter, vejiga y/o uretra?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Síntomas o signos de la columna vertebral, espalda, ciática, lumbalgia, escoliosis, cervicalgia, artritis, gota u otros síntomas o signos de los músculos, huesos o articulaciones? Por favor indique si presenta material de fijación, tornillos, placa o prótesis.                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ¿Tumores benignos o cáncer?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Willebrand u otros síntomas o signos de la sangre?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipofisis, suprarrenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumentos de la frecuencia urinaria en la noche?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. ¿Síntomas o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas o útero incluyendo miomas, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma?                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. ¿Síntomas o signos de la piel incluyendo, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. ¿VIH o SIDA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de Morton, pies planos o alguna otra alteración?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. ¿Usted o algún solicitante ha dado positivo a una prueba de COVID-19 o alguna vez requirió o está actualmente bajo tratamiento médico, ha sido admitido en un hospital para recibir tratamiento para COVID-19? En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación, incluyendo la fecha del diagnóstico de COVID, el tipo de tratamiento, incluso si se trató en el hogar o si se tomaron medicamentos y las fechas de cualquier tratamiento hospitalario o admisión, así como cualquier signo o síntoma presente actualmente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. ¿Usted o algún solicitante alguna vez ha presentado o actualmente presenta signos o síntomas posteriores a padecer de COVID, como, entre otros, problemas pulmonares (falta de aire, problemas respiratorios, etc.), problemas renales, hepáticos o cardíacos, cansancio o signos o síntomas neurológicos? En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación.                                                                                                                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. ¿Usted o algún solicitante ha recibido el esquema completo de vacunación para COVID-19? En caso afirmativo, proporcione los nombres de los vacunados fechas y detalles incluyendo cualquier reacción que haya tenido a la vacuna a continuación.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## X- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles:

|                          |             |                        |                       |
|--------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|
| Pregunta #               | Solicitante | Diagnostico específico | Período Desde: Hasta: |
| Tratamiento y resultados |             | Información del Médico |                       |

|                          |             |                        |                       |
|--------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|
| Pregunta #               | Solicitante | Diagnostico específico | Período Desde: Hasta: |
| Tratamiento y resultados |             | Información del Médico |                       |

|                          |             |                        |                       |
|--------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|
| Pregunta #               | Solicitante | Diagnostico específico | Período Desde: Hasta: |
| Tratamiento y resultados |             | Información del Médico |                       |

|                          |             |                        |                       |
|--------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|
| Pregunta #               | Solicitante | Diagnostico específico | Período Desde: Hasta: |
| Tratamiento y resultados |             | Información del Médico |                       |

|                          |             |                        |                       |
|--------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|
| Pregunta #               | Solicitante | Diagnostico específico | Período Desde: Hasta: |
| Tratamiento y resultados |             | Información del Médico |                       |

|                          |             |                        |                       |
|--------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|
| Pregunta #               | Solicitante | Diagnostico específico | Período Desde: Hasta: |
| Tratamiento y resultados |             | Información del Médico |                       |

## XI- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o médico tratante con quien se atiende regularmente?

☐ **Sí** o ☐ **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

| Solicitante | Nombre del Médico | Especialidad | Teléfono |
|-------------|-------------------|--------------|----------|
|             |                   |              |          |
|             |                   |              |          |
|             |                   |              |          |

## XII- EXAMENES MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico general o rutinario? ☐ **Sí** o ☐ **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

| Solicitante | Tipo de examen | Fecha | Resultado (Si fue anormal, favor explicar )                   |
|-------------|----------------|-------|---------------------------------------------------------------|
|             |                |       | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Anormal |
|             |                |       | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Anormal |
|             |                |       | <input type="radio"/> Normal<br><input type="radio"/> Anormal |

## XIII- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿Alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente? ☐ **Sí** o ☐ **No** Nombre del Solicitante

En caso afirmativo, indique el numero de embarazos ☐ Embarazos ☐ Parto natural ☐ Cesárea ☐ Abortos

¿En caso de partos por cesáreas o abortos, ampliar detalles sobre los motivos / causas?

b. ¿Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada? ☐ **Sí** o ☐ **No**

Nombre del Solicitante por favor indique fecha probable de parto.

c. ¿Alguna solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones perinatales? ☐ **Sí** o ☐ **No** (en caso de ser afirmativo, indique los detalles):

#### XIV - MEDICAMENTOS

¿Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo prolongado?

☐ **Sí** o ☐ **No** (en caso afirmativo, favor explique)

| Solicitante | Nombre del medicamento | Motivo | Cantidad y frecuencia | Período          |
|-------------|------------------------|--------|-----------------------|------------------|
|             |                        |        |                       | Desde:<br>Hasta: |
|             |                        |        |                       | Desde:<br>Hasta: |
|             |                        |        |                       | Desde:<br>Hasta: |

#### XV - HÁBITOS

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilícitas?

☐ **Sí** o ☐ **No** (en caso afirmativo, favor explique)

| Solicitante | Tipo | Cantidad por día | Consumo                                                      | Período          |
|-------------|------|------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|
|             |      |                  | <input type="radio"/> Previo<br><input type="radio"/> Actual | Desde:<br>Hasta: |
|             |      |                  | <input type="radio"/> Previo<br><input type="radio"/> Actual | Desde:<br>Hasta: |
|             |      |                  | <input type="radio"/> Previo<br><input type="radio"/> Actual | Desde:<br>Hasta: |

#### XVI - HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria o algún otro padecimiento no mencionado en esta solicitud?

☐ **Sí** o ☐ **No** (en caso afirmativo, favor explique)

| Solicitante | Familiar | Desorden |
|-------------|----------|----------|
|             |          |          |
|             |          |          |
|             |          |          |

¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte de forma profesional o practica un deporte peligroso en el cual se ponga en peligro su integridad física?

☐ **Sí** o ☐ **No** (en caso afirmativo, indicar quien)

Nombre del Solicitante  ¿Qué deporte practica?

#### XVII- RECLAMANTE SUSTITUTO

| Nombre y Apellidos del Reclamante Sustituto | No. Identificación | Relación con el Asegurado Principal |
|---------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
|                                             |                    |                                     |

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el , artículo 29 inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los registros números:

- SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL PANAMEDIC (DOLARES): P20-64-A06-627 de fecha 29 de abril, 2015.
- PAN-AMERICAN ACCESO MUNDIAL P16-35-A06-291 de fecha 11 de noviembre, 2011.
- PAN-AMERICAN ACCESO PREFERENCIAL P16-35-A06-292 de fecha 11 de noviembre, 2011.
- SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES – MODALIDAD INDIVIDUAL (DÓLARES): P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre, 2012.
- PAN-AMERICAN HEALTH ACCESS (DÓLARES) P20-64-A06-796 de fecha 12 de febrero, 2019.

## XVIII- DECLARACIONES

Entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente:

Enfermedad o Condiciones Preexistentes hace referencia a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, diagnosticada o conocida por este con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la compañía de seguros.

Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al propuesto asegurado acerca de todas aquellas condiciones o enfermedades preexistentes que puedan conllevar una limitación o exclusión de cobertura. En base a la declaración de salud efectuada por el propuesto asegurado la Compañía establecerá las restricciones y limitaciones de cobertura aplicables. Esta información será tomada como base para la emisión de una Póliza de Salud, de acuerdo al plan seleccionado para mí y mis dependientes, si los hubiere. Toda condición preexistente que no haya sido declarada en la solicitud de seguro o sea revelada con reticencia, falsedad, omisión o inexactitud, vicia de nulidad al contrato de seguro y facultará a la compañía para solicitar su anulación. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente. Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

Todos los términos y condiciones de las coberturas para las cuales ha aplicado están especificada en la Póliza que expedirá la Compañía y que deberá ser firmada por el asegurado la solicitud es aprobada. Esta declaración y cualquier otra información adicional que haya sido proporcionada por el propuesto asegurado mientras sea procesada la declaración, formarán parte de la Póliza que será emitida por la Compañía.

La información proporcionada en este formulario tendrá una vigencia de sesenta (60) días a partir de la fecha en que fue suministrada. Mi firma es constancia de que he revisado y cumplimentado cuidadosamente esta declaración, y que toda la información suministrada por mí en la misma, así como cualquier información suministrada posteriormente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas.

### AUTORIZACIÓN:

La Compañía tiene el derecho a solicitar información adicional sobre mi historia clínica a médicos, hospitales, y otros proveedores de salud, con el propósito de determinar la elegibilidad para el plan que he solicitado, así como la elegibilidad de los reclamos que podrán ser presentados con posterioridad.

Por lo tanto autorizo a cualquier médico, proveedor de salud, hospital, clínica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, o cualquier otra organización o institución que pueda tener conocimiento sobre mi salud y la de mis hijos menores de edad para que divulgue esta información a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A., sus compañías afiliadas o sus reaseguradoras con el objetivo de evaluar mi solicitud de seguro de salud y gastos médicos, vida o accidentes personales, así como la elegibilidad de los reclamos presentados con posterioridad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Una fotocopia o copia escaneada de esta autorización es tan válida como el original.

Autorizo a la compañía a compartir información sobre mis antecedentes de salud con mi agente de seguro durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi póliza.

Asimismo, por este medio acepto y hago constar que entiendo que al pagar por adelantado la prima o al autorizar el pago por adelantado de la prima, no implica que me encuentre asegurado ni que la Compañía esté aceptando el riesgo relacionado con la presente Solicitud de Seguro, por lo que soy consciente de que, en caso de que el riesgo no sea aceptado y la póliza no sea emitida por Pan-American, el dinero pagado por adelantado me será reembolsado por la Compañía por medio de transferencia bancaria de forma íntegra en un plazo no mayor de cinco días hábiles.

Firma del Asegurado Principal

Fecha (Mes/Día/Año)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

### (ESTE DOCUMENTO DEBE ESTAR FIRMADO POR TODOS LOS PROPUESTOS ASEGURADOS QUE SEAN MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

| Firma | Fecha (Mes/Día/Año) | Nombre del Propuesto Asegurado |
|-------|---------------------|--------------------------------|
|       |                     |                                |

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

| Firma | Fecha (Mes/Día/Año) | Nombre del Propuesto Asegurado |
|-------|---------------------|--------------------------------|
|       |                     |                                |

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

| Firma | Fecha (Mes/Día/Año) | Nombre del Propuesto Asegurado |
|-------|---------------------|--------------------------------|
|       |                     |                                |

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

| Firma | Fecha (Mes/Día/Año) | Nombre del Propuesto Asegurado |
|-------|---------------------|--------------------------------|
|       |                     |                                |

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

| Firma | Fecha (Mes/Día/Año) | Nombre del Propuesto Asegurado |
|-------|---------------------|--------------------------------|
|       |                     |                                |

## XIX- RECONOCIMIENTO DEL AGENTE

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar al propuesto asegurado la información previa del contrato de conformidad con el artículo 12 de la ley reguladora del contrato de seguros 8956. Desconozco de alguna condición que no haya sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la asegurabilidad de los solicitantes.

Firma del Agente

Nombre del Agente en letra de molde

Código de Agente

## XX- INFORMACIÓN PREVIA AL CONTRATO DE SEGURO

### INFORMACIÓN PREVIA AL CONTRATO DE SEGURO:

Hago constar que yo, asegurado principal, así como mis dependientes he recibido la información y la explicación clara sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, las 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 informó 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, en caso de que requiera los servicios.

Firma del solicitante y/o Asegurado Principal

Fecha (Mes/Día/Año)

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, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos 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 de 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](mailto:servicioalclientecr@palig.com) la cual será resuelta por la compañía en un plazo máximo de 15 días hábiles.