

# SOLICITUD COMBINADA DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS Y SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

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

## I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

SOLICITANTE 1

Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Apellido de Casada

Peso (lbs) Estatura (mts) Fecha de nacimiento Mes/Día/Año Sexo  M  F Estado civil\* Ocupación Descripción exacta de la ocupación

Dirección de trabajo Nacionalidad Cédula / Pasaporte

Correo electrónico Correo electrónico del trabajo Teléfono del trabajo

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

2. \*¿Es usted o alguna de las personas nombradas en este documento, una Persona Expuesta Políticamente y/o Públicamente (PEP)?  Sí  No

Favor indicar:

Ley 23 de 2015, Artículo 4, numeral 18: "Personas nacionales o extranjeras que cumplan funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como (pero sin limitarse) los jefes de Estados o de un gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupan cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas, personas que cumplan o a quienes se les han confiado funciones importantes por una organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta Directiva o funciones equivalentes"

Información financiera: Ingreso Anual:  Lugar o lugares donde tributa por sus ingresos:

## II- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Dirección residencial

Dirección

Ciudad Provincia Apartado postal País de Residencia Tiempo de Residencia

Dirección Postal

Dirección (si es diferente a la anterior)

Ciudad Provincia Apartado postal País de Residencia

Teléfono de la casa Celular

Fax Correo Electrónico Personal Correo electrónico cónyuge

1. ¿Tiene usted y todos los solicitantes una residencia legal y permanente en Panamá?  Sí  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  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  No País

### III- INFORMACIÓN DE LOS SOLICITANTES

#### SOLICITANTE 2

Nombre y apellidos completos					Correo electrónico			
Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año			Sexo		Ocupación	Parentesco
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Lugar de trabajo		Descripción exacta de la ocupación				Estado civil*	Cédula	

#### SOLICITANTE 3

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

#### SOLICITANTE 4

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

#### SOLICITANTE 5

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

#### SOLICITANTE 6

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

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

1. ¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte en forma profesional?  **Sí**  **No** en caso afirmativo, indicar quién:

Nombre del Solicitante  ¿Qué deporte practica?

## IV- PÓLIZA(S) SOLICITADA(S)

### 1. IMM Private Client

Por favor seleccione un producto:

- Pan-American WorldAccess  Pan-American Health Access  
 Pan-American PreferredAccess  Pan-American Health Access Plus

Por favor seleccione un deducible:

- \$1,000  \$2,000  \$5,000  \$10,000  \$20,000

Fecha de efectividad que solicita para la cobertura:

### 2. HEALTH TRUST

Por favor seleccione un producto:

- A- Plan Internacional  B- Plan Local

Por favor seleccione un deducible:

- 1,000/2,000  
 2,500/5,000  
 5,000/10,000

Por favor seleccione un deducible:

- 350  
 700  
 1,200

Fecha de efectividad que solicita para la cobertura:

### 3. Producto de Plan de Enfermedades Graves. Por favor seleccione un Plan a continuación el cual solo se comercializa acompañado de un producto de Gastos Médicos.

Monto por diagnóstico\*  \$10,000  \$15,000  \$25,000  \$50,000

A quién asegurar  Principal  Principal y Cónyuge

## V- BENEFICIARIOS

En caso de ser aceptada a mi solicitud, nombro como beneficiarios de mi seguro:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje	No. De Cedula o Identificación

## VI- 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 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, por favor, favor explicar

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

Sí o  No

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Nombre de la Compañía

• Producto y Deducible

• Número de Póliza

4. ¿Usted o algún Solicitante han solicitado seguro o han sido asegurado por Pan-American Life de Panamá? 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

• Número de Solicitud/Póliza

• Tipo de producto

## VII- 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

## VIII- EXÁMENES 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 <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal

## IX- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿Alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente?  Sí o  No Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo por favor indique el número de embarazos.  Embarazos  Parto natural  Cesárea  Abortos

b. En caso de antecedente de Cesárea o Abortos por favor indicar los motivos y fechas \_\_\_\_\_

c. ¿Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada?  Sí o  No

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ por favor indique fecha probable de parto. \_\_\_\_\_

d. ¿Alguna solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preclampsia, complicaciones perinatales?

Sí o  No (en caso de ser afirmativo, indique los detalles): \_\_\_\_\_

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

## 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										
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"/>											
9. ¿Tumores benignos o cáncer?	<input type="radio"/>											
10. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?	<input type="radio"/>											
11. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?	<input type="radio"/>											
12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?	<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"/>											
14. ¿Síntomas o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas o utero incluyendo miomas, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma?	<input type="radio"/>											
15. Síntomas o signos o de la piel incluyendo, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?	<input type="radio"/>											
16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?	<input type="radio"/>											
17. ¿VIH o SIDA?	<input type="radio"/>											
18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?	<input type="radio"/>											
19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?	<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"/>											
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? <b>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.</b>	<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? <b>En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación.</b>	<input type="radio"/>											
23. ¿Usted o algún solicitante ha recibido el esquema completo de vacunación para COVID-19? <b>En caso afirmativo, proporcione los nombres de los vacunados fechas y detalles incluyendo cualquier reacción que haya tenido a la vacuna a continuación.</b>	<input type="radio"/>											

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

Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo Desde:
			Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo Desde:
			Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo Desde:
			Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo Desde:
			Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	

## XI- 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, por favor explique):

Solicitante	Nombre del medicamento	Motivo	Cantidad y frecuencia	Período
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:

## XII- 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, por favor explique):

Solicitante	Familiar	Desorden

## XIII- HÁBITOS

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

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

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

## XIV- DECLARACIONES

Entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. 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 ende autorizo el acceso a cualquier información que pueda ayudar a determinar mi elegibilidad.
2. 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. Toda condición preexistente que no haya sido declarada en la solicitud de seguro o sea revelada con reticencia, omisión o falsedad, producirá la nulidad del contrato de seguro y facultará a la compañía para solicitar su anulación.

3. Todos los términos y condiciones de las coberturas para las cuales he aplicado, están especificadas en la Póliza que expedirá la Compañía y que deberá ser firmada por el asegurado, si 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 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.

## XIV- DECLARACIONES (CONTINUACIÓN)

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. Cualquier declaración o manifestación hecha, con falsedad o inexactitud, vicia de nulidad al contrato de seguro. 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.

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 Panamá, S.A., sus compañías afiliadas o sus reaseguradoras con el objeto 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.

Firma del Asegurado Principal	Fecha (Mes/Día/Año)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## XV- INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGURO

Número de Registro de Intermediario en la SIB	Código de Agente	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## XVI- RECONOCIMIENTO DEL AGENTE

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar a Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A. esta solicitud y todas las primas cobradas, así como por entregar la póliza al solicitante cuando esta sea emitida.

Desconozco de alguna condición que no haya sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la aseguridad de los solicitantes.

Firma del Agente	Nombre del Agente en letra de molde	Código de Agente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Representante	Fecha (Mes/Día/Año)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	