

II- INFORMACION DE SUS DEPENDIENTES QUE DESEAN COBERTURA

La información a continuación suministrada por el propuesto asegurado principal debe ser revisada también por cada uno de los miembros de su familia por asegurarse. Aplica para la cobertura medica del conyuge del titular e hijo(a)s solteros menores de 24 años de edad elegibles bajo las condiciones de la Póliza.

| Nombre completo | Tipo ID* | No. Identificación | Parentesco | Sexo | Fecha de nacimiento | Peso | Estatura |
|-----------------|----------|--------------------|--|--|---------------------|---|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Día/Mes/Año | <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs | <input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts |
| | | | <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Día/Mes/Año | <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs | <input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts |
| | | | <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Día/Mes/Año | <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs | <input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts |
| | | | <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Día/Mes/Año | <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs | <input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts |
| | | | <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Día/Mes/Año | <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs | <input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts |

*C.I.: Cédula de identidad C.R.: Cédula Residencia E.N.R.: Extranjero No Residente DIMEX: Documento único de Identificación para Extranjeros DID: Documento de Identificación para Diplomáticos

III- INFORMACIÓN DE SEGUROS

¿Usted o algún solicitante ha solicitado seguro o ha estado asegurado con Pan-American Life o tiene alguna póliza de seguros de salud colectiva o individual? Sí o No

| Nombre (Asegurado / Dependiente) | Póliza | | Compañía de seguros | No. de Póliza |
|----------------------------------|--------|--------|---------------------|---------------|
| | COL. | INDIV. | | |
| | | | | |
| | | | | |

IV- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o ha consultado a un especialista? Sí o No (en caso afirmativo, por favor explique):

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

V- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

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

| | Propuesto Asegurado Principal | | Dependiente(s) | |
|--|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO | SI | NO |
| 1. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis, desmayos, mareos u otros desórdenes neurológicos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿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"/> |
| 5. ¿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"/> |
| 6. ¿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"/> |
| 7. ¿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"/> |
| 8. ¿Tumores benignos o cáncer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

V- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

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

| | Propuesto Asegurado Principal | | Dependiente(s) | |
|--|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | SI | NO | SI | NO |
| 9. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿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"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. ¿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"/> |
| 13. ¿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"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. ¿Síntomas o signos de la piel incluyendo, acné, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. ¿VIH o SIDA? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. ¿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"/> |
| 19. ¿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"/> |
| 20. Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo de tiempo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. ¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desordenes del corazón, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. ¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilícitas? Por favor indique cantidad por día y años de consumo. <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Años | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. ¿Han estado ausentes de su trabajo o actividades normales por una enfermedad o lesión durante los últimos tres meses? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

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

VI- 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. ¿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, preclampsia, complicaciones perinatales? **Sí** o **No** (en caso de ser afirmativo, indique los detalles)

VII- CONDICIONES DE LA COBERTURA

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que:

A) la cobertura por la cual estoy declarando, no provee beneficios durante el período de preexistencia estipulada en la Póliza colectiva por condiciones pre-existentes. No obstante, una condición pre-existente que no sea declarada al completarse esta declaración, no será elegible para cobertura.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES: Se define como condición o síntomas, lesión, enfermedad diagnosticada o no al momento de tomar el seguro. Incluyendo embarazo de un asegurado: La cual estaba presente en la fecha en que se hizo vigente la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza (incluyendo la fecha de concepción en el caso de embarazo) sin tener en cuenta que el asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionado con tal condición o enfermedad o aquella condición que según la experiencia médica indique que inició antes de la fecha efectiva del asegurado, aunque haya sido asintomática. La compañía se reserva del derecho de excluir de manera permanente cualquier condición pre-existente declarada en éste formulario a través de una enmienda.

B) Toda la información suministrada por mí y mis dependientes, en ésta declaración y cualquier información dada subsecuentemente son manifestaciones verídicas, completas y correctas.

Esta información será tomada como la base para determinar la asegurabilidad bajo un plan de cobertura. Cualquier declaración o manifestación hecha, ya sea falsa o incompleta, podrá más tarde causar la anulación de la cobertura.

Entiendo que dicha información puede servir de base para la celebración de una Póliza de seguro para mi salud y mis dependientes que una omisión o inexactitud respecto a dicha información puede afectar negativamente la cobertura a solicitarse y comparto con las condiciones de cobertura (sección V) de éstas declaraciones.

C) Hago constar que 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 período de vigencia del Seguro, el procedimiento para pago de la prima 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 del 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. Las empresas que forman la red de proveedores de servicios auxiliares para las prestaciones por contratar.

Nombre y firma del Propuesto Asegurado Principal

Fecha (DD/MM/AA)

Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)

Fecha (DD/MM/AA)

Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)

Fecha (DD/MM/AA)

Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)

Fecha (DD/MM/AA)

La documentación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registradas 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 el(los) registro(s) número P 14-26-A06-215 de fecha 26 de noviembre del 2014, P 14-26-A06-216 de fecha 26 de noviembre del 2014, P 16-33A06-293 de fecha 9 de noviembre del 2012, P 16-35-A06-212 de fecha 26 de noviembre de 2014, P 16-35-A06-204 de fecha 26 de noviembre de 2014.

VIII- INFORME DEL PATRONO PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Fecha en que el colaborador:

Entra en el Servicio de la Compañía

Entró al Servicio Permanente

Se incluye en la Póliza

Categoría No. de Póliza

No. de Certificado Compañía

Salario Plan y Clase Filial

Fecha (DD/MM/AA)

Firma, Título y Sello