



## II- INFORMACIÓN 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 médica 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
Nombre completo			<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
Nombre completo			<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
Nombre completo			<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
Nombre completo			<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
Nombre completo			<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 DIDI: 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  No

Nombre (Asegurado / Dependiente)	Póliza		Compañía de seguros	No. de Póliza
	COL.	INDV.		

## IV- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o ha consultado a un especialista?  Sí  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?				
2. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis, desmayos, mareos u otros desórdenes neurológicos?				
3. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?				
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?				
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?				
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?				
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.				
8. ¿Tumores benignos o cáncer?				

## V- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

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

Propuesto  
Asegurado Principal  
SI NO SI NO  
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?				
10. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?				
11. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?				
12. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?				
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?				
14. ¿Síntomas o signos de la piel incluyendo, acné, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?				
15. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?				
16. ¿VIH o SIDA?				
17. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?				
18. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?				
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?				
20. Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo de tiempo?				
21. ¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria?				
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				
23. ¿Han estado ausentes de su trabajo o actividades normales por una enfermedad o lesión durante los últimos tres meses?				

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Si", 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	

## VI- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿Alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente?  **Sí**  **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**  **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**  **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 mi 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 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. Las empresas que forman la red de proveedores de servicios auxiliares para las prestaciones por contratar.

**D)** Autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica a compartir toda mi información médica con mi intermediario de seguros y grupo/tenedor de póliza durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi Póliza.

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