

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 cónyuge del titular e hijo(a)s solteros menores de 24 años de edad elegibles bajo las condiciones de la Póliza.

	Tipo ID*	No. Identificación	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	Peso	Estatura
Nombre completo			<input type="checkbox"/> Cónyuge <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"/> Cónyuge <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"/> Cónyuge <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"/> Cónyuge <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"/> Cónyuge <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 o No

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

IV- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

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

	Propuesto Asegurado Principal		Dependiente(s)	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, aneurisma, de las venas, trombosis, problemas de presión arterial, colesterol o triglicéridos elevados?				
2. ¿Trastornos de la glucosa, síndrome metabólico, signos o síntomas de la tiroides, hipófisis y otros signos o síntomas hormonales o endocrinos?				
3. ¿Cáncer o tumores, leucemia, linfoma o trastornos de la sangre o la coagulación?				
4. ¿Síntomas o signos del sistema neurológico (incluyendo mareos, convulsiones o parálisis) o del sistema respiratorio (incluyendo asma, tos crónica o dificultad respiratoria)?				
5. ¿Síntomas o signos del sistema digestivo (incluyendo intestino, hígado, vesícula y páncreas) o del sistema genitourinario (incluyendo riñones, tracto urinario, cálculos o infecciones urinarias)?				
6. ¿Síntomas o signos del sistema osteomuscular (incluyendo columna vertebral, músculos, articulaciones y huesos), artritis, gota o cualquier otra lesión o accidente?				
7. ¿Enfermedades de transmisión sexual, VIH o SIDA o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo síntomas o signos de las mamas (incluyendo calcificaciones, nódulos, quistes), síntomas o signos de los ovarios, trompas, útero, de los testículos o de la próstata?				
8. ¿Desórdenes congénitos, hereditarios, autoinmune, inmunológicos, complicaciones de maternidad (como por ejemplo preclampsia, partos prematuros, diabetes gestacional) o del recién nacido, múltiples abortos o se encuentra actualmente embarazada?				
9. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos?				
10. ¿Algún solicitante está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo de tiempo?				
11. ¿Algún solicitante alguna vez: ha padecido de cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, ha tenido resultados anormales en estudios o exámenes rutinarios, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar que no se mencionó anteriormente?				
12. ¿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. Consumo por día <input type="text"/> Años de consumo <input type="text"/>				

IV- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

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	

V - 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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)	Fecha (DD/MM/AA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)	Fecha (DD/MM/AA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)	Fecha (DD/MM/AA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

VI- 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