



Declaraciones hechas por los Propuestos Asegurados
Para: Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A.

Nº de Póliza: _____

Nº de Cert. _____

Adición Dependiente

Teléfono de Asegurado (Res.) _____

Empleado Nuevo Incremento en Suma Asegurada

(Ofic.) _____

Se utilizarán estas declaraciones cuando el contrato de seguro autorizado cubra a un segundo principal y/o miembros de la familia. Cada propuesto asegurado debe firmar en el lugar señalado en la última página de este documento.

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

I. INFORMACIÓN SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL, QUE ES EL DECLARANTE.

Nombre: _____
1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____ Apellido _____

Cédula de Identidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes _____ Día _____ Año _____

Dirección Permanente: _____
Calle y Nº _____ Ciudad _____ País _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

Donde Trabaja: _____

Dirección de su Trabajo: _____
Calle y Nº _____ Ciudad _____ País _____

Descripción de su Ocupación: _____

II. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES (Si los Incluye)

| Nombre Completo (Incluye el propuesto Asegurado Principal) | Parentesco con el propuesto Asegurado Principal | Sexo M / F | Fecha de Nacimiento | Ocupación | Peso | Altura |
|--|---|---------------|------------------------|-----------|------|--------|
| 1) _____ | | | | | | |
| 2) _____ | | | | | | |
| 3) _____ | | | | | | |
| 4) _____ | | | | | | |
| 5) _____ | | | | | | |
| 6) _____ | | | | | | |

¿Tiene algún miembro elegible en su familia que no está incluido en la declaración?

Si lo tiene, escriba el nombre completo y parentesco. _____

III. INFORMACION ADICIONAL DEL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES (Si los incluye)

A. Nombre y dirección completa de los médicos de familia que atienden a cualquier miembro de la familia.

Las personas anteriormente mencionadas han sido tratadas o han tenido en alguna ocasión un problema de:

| | Propuesto Asegurado Principal | Dependiente(s) |
|--|---|---|
| 1) ¿Padece o ha padecido de cáncer, tumores o quistes, leucemia o linfoma? ¿Ha recibido quimioterapia o radioterapia? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Enfermedad de la columna vertebral, dolor en la columna, lumbalgia, hernia de disco, clática, neunitis, escoliosis, espondilolistesis, síndrome de latigazo o enfermedades relacionadas a estas condiciones? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta, soplo en el corazón, arritmias, insuficiencia cardíaca, infarto al corazón o cerebro, derrames o cualquier otro trastorno del corazón o vasos sanguíneos arteriales. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Trastornos de los ojos, oídos, nariz o garganta. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5) Mareo, desmayo, convulsiones, dolores de cabeza, defecto al hablar, parálisis, embolia, trastornos mentales o nerviosos. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6) Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expeclorar sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7) Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o visícula. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 8) Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata u órganos reproductivos. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 9) Diabetes, tiroides, colesterol u otro trastorno endocrino. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 10) Neuritis, clática, reumatismo, artritis, gola o trastorno en los músculos o huesos. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 11) Deformación, cojera o amputación. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 12) Trastornos de la piel. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 13) Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 14) Trastorno del sistema inmune. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 15) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Condiciones Asociadas al SIDA, o prueba que resultó positiva para la detección de infección por el virus del SIDA. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Algunas de las personas anteriormente mencionadas ha tenido en los últimos 5 años:

| | | |
|---|---|---|
| 16) ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 17) ¿Ha tenido un exámen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 18) ¿Ha estado como paciente en un hospital, clínica, sanatorio o cualquier otra facilidad médica? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 19) ¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos-x, o cualquier otro exámen para diagnóstico? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 20) ¿Le han sido recomendado hacerse algún exámen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no haya sido realizado? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Alguna de las personas anteriormente mencionadas:

| | | |
|--|---|---|
| 21) ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamiento (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga, con la excepción de aquellas ordenadas por un médico? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 22) ¿Ha recibido, alguna vez, asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 23) ¿Alguna vez ha sido diferido, rechazado o exonerado del servicio militar debido a una condición física o mental? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 24) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 25) ¿Ha tenido alguna vez trastornos debido a su menstruación, problemas ginecológicos, embarazos o problema en los senos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 26) ¿Se encuentra embarazada en estos momentos? (si se encuentra, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento). | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 27) ¿Se encuentra en este momento bajo la observación de un médico legalmente autorizado a ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 28) ¿Es fumador? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 29) ¿Algunos de sus familiares, padres o hermanos ha sufrido de cáncer de seno, gastrointestinal o próstata? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Por cada respuesta afirmativa en la Sección III por favor indicar lo siguiente: A) Número de la pregunta, B) el nombre de la persona a la cual se refiere, C) fechas y lugares del tratamiento, D) nombre completo del médico que lo (a) atendió, E) diagnóstico y medicamentos recetados (incluya la dosis) y F) toda aquella información que nos facilite la evaluación de su declaración. Por favor, de necesitarlo use una página adicional, firme y féchala en la esquina derecha al final de la página.

| Nº | NOMBRE DE LA PERSONA | DESCRIPCIÓN (diagnóstico, tratamiento, medicamentos) | DOCTOR / HOSPITAL | FECHA |
|----|----------------------|---|-------------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

IV. Condiciones de la cobertura

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que:

1- La Compañía tiene el derecho de requerir información adicional de médicos, hospitales, proveedores de cuidados de salud con el propósito de poder determinar la asegurabilidad bajo el plan por el cual estoy declarando. Yo autorizo para este propósito a los representantes de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. para que puedan solicitar a los médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, farmacias, laboratorios clínicos y de Imagenología, así como autoridades judiciales en todo el territorio nacional, toda información contenida en expedientes médicos, dictámenes médicos, reportes forenses, antecedentes y/o recetas médicas dirigidas a mi persona. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.

Firma del Asegurado: _____

2- 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:

(a) 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 relacionados con tal condición o enfermedad; o

(b) aquella condición que según la experiencia médica indique que inició antes de la fecha efectiva del seguro, aunque haya sido asintomática. La compañía se reserva el derecho de excluir de manera permanente cualquier condición pre-existente declarada en el formulario de prueba de Asegurabilidad a través de una enmienda.

3- Todos los términos y condiciones de las coberturas por las cuales estoy declarando, están especificadas en la Póliza de la Compañía que será emitida a mi nombre, si mi declaración es aprobada. Esta declaración y cualquier otra información adicional que haya sido proporcionada por mí mientras se procesa la declaración, deberá formar parte del contrato entre mi persona y la Compañía.

4- Toda la información suministrada por mí y mis dependientes, en esta 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, que una omisión o inexactitud respecto a dicha información puede afectar negativamente la cobertura a solicitarse, y comparto con las condiciones de cobertura (sección IV) de estas declaraciones.

Fecha: _____

Propuesto Asegurado Principal

Firma de los familiares dependientes (no se requiere la del niño dependiente)

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO DE PALIC

Asegurado Principal _____ Edad _____ IMC _____ Póliza _____

Dependiente _____ Edad _____ IMC _____

Dependiente _____ Edad _____ IMC _____

Detalle de Exclusiones

Toda Exclusión aplica sus Secuelas y Complicaciones

Asegurado Principal Permanente Temporal Dependiente Permanente Temporal

Aplicar a Reconsiderar

Declinado Aprobado Riesgo No Asegurable Exclusión

Médico Consultor _____ Fecha _____ Evaluador _____

La documentación contractual y la nota técnica que integra este producto, 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 el (los) registro(s) número P14-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012, P16-35-A06-204 de fecha 4 de octubre de 2010, P16-35-A06-212 de fecha 9 de diciembre de 2010, P14-26-A06-216 de fecha 14 de enero del 2011, P14-26-A06-215 de fecha 14 de enero del 2011.