

SOLICITUD

**DATOS DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS
PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL**

1. a) Primer Apellido		Segundo Apellido		b) Nombre(s)			c) País de Nacimiento	
d) Número y Tipo de Documento de identidad		e) Nacionalidad	f) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	g) Fecha de Nac. DD MM AAAA	h) Edad Actuarial	i) Clasificación de Riesgos (Marque la que corresponda.) <input type="checkbox"/> No Consume Tabaco <input type="checkbox"/> Consume Tabaco		
j) Dirección Residencial (Calle, N° de Casa, Barrio)				k) Ciudad		l) Provincia		m) Apartado Postal
n) Correo Electrónico (E-Mail)		o) Teléfono (Código, ciudad y Número)			p) Países donde tiene residencia legal			q) Estado Civil
2. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)				b) Naturaleza del(los) negocio(s)				
c) Dirección de la Empresa				d) Ciudad		e) Provincia		f) Apartado Postal
g) Teléfono del Negocio (Código, ciudad y Número)				h) Ingreso Anual US\$ _____		i) Patrimonio Neto US\$ _____		
3. a) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionadas a la Ocupación)				b) Antigüedad en la ocupación			Página Web	
c) ¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d) Otras ocupaciones o empleos en los últimos 3 años			e) Lugares donde viaja y total de tiempo que viaja anualmente				

BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL

4. a) Nombre Completo de Beneficiarios Primarios	Edad	Parentesco	%	b) Nombre Completo de Beneficiarios Contingentes	Edad	Parentesco	%

5. ¿Se reserva el derecho a cambiar beneficiarios? (Indique "No" para Beneficiario Irrevocable) Sí No

6. Enviar Avisos de Prima a: <input type="checkbox"/> Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Dirección Comercial <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otra (Proporcione la dirección completa en la sección 24)	7. Fecha de Póliza solicitada
--	-------------------------------

PROPUESTO ASEGURADO ADICIONAL

Dueño (Marque aquí si el dueño es el Asegurado Adicional)

8. Cobertura a) <input type="checkbox"/> Anexo para Cónyuge b) <input type="checkbox"/> Anexo para Asegurado Adicional		c) Relación con el Propuesto Asegurado					
9. a) Primer Apellido		Segundo Apellido		b) Nombre(s)			c) País de Nacimiento
d) Número y Tipo de Documento de identidad		e) Nacionalidad	f) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	g) Fecha de Nac. DD MM AAAA	h) Edad Actuarial	i) Clasificación de Riesgos (Marque la que corresponda.) <input type="checkbox"/> No Consume Tabaco <input type="checkbox"/> Consume Tabaco	
j) Dirección Residencial (Calle, N° de Casa, Barrio)				k) Ciudad		l) Estado/Provincia	m) Apartado Postal
n) Correo Electrónico (E-Mail)		o) Teléfono (Código, ciudad y Número)			p) Países donde tiene residencia legal		q) Estado Civil
10. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)				b) Naturaleza del(los) negocio(s)			
c) Dirección de la Empresa				d) Ciudad		e) Provincia	f) Apartado Postal
g) Teléfono del Negocio (Código, ciudad y Número)				h) Ingreso Anual US\$ _____		i) Patrimonio Neto US\$ _____	
11. a) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionado a la Ocupación)				b) Antigüedad en la ocupación			Página Web
c) ¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d) Otras ocupaciones o empleos en los últimos 3 años			e) Lugares donde viaja y total de tiempo que viaja anualmente			

BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO ADICIONAL

12. a) Nombre Completo de Beneficiarios Primarios	Edad	Parentesco	%	b) Nombre Completo de Beneficiarios Contingentes	Edad	Parentesco	%

13. ¿Se reserva el derecho a cambiar beneficiarios? (Indique "No" para Beneficiario Irrevocable) Sí No

INFORMACIÓN DEL DUEÑO DE PÓLIZA (SI DIFIERE DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL O ADICIONAL)									
14. a) Primer Apellido (o nombre de la persona jurídica)	Segundo Apellido		b) Nombre(s)			c) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	d) Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		
e) Dirección Residencial (o comercial)	f) Ciudad	g) Apartado	h) Código Postal	i) País	j) Teléfono (Código país, ciudad y N°)				
k) Relación con Propuesto Asegurado	l) Número y Tipo de Documento de identidad		m) Indique si es Empresa o Fideicomiso		n) Correo Electrónico				
o) Si el Propuesto Asegurado es menor de 15 años, indique la suma total de seguro sobre el padre, madre o tutor. US\$ _____									
DETALLE DE COBERTURAS									
15. PLANES Y CONVENIOS									
a) Nombre del Plan Básico: <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> Término					b) Beneficio por Fallecimiento: <input type="checkbox"/> Opción 1 (Nivelada-Suma Asegurada solamente) <input type="checkbox"/> Opción 2 (Creciente-Suma Asegurada y Valor Efectivo)				
c) Propuesto Asegurado Principal			e) Suma Asegurada			f) Prima			
Monto Plan Básico de Seguros			US\$			f1) Prima a pagar (Término)			
<input type="checkbox"/> Convenio de Indemnización Adicional por Muerte y Desmembramiento por Causa Accidental			US\$			US\$ _____			
<input type="checkbox"/> Convenio de Exención del Pago de Dedicaciones por Incapacidad (WP)						f2) Prima periódica planeada (Vida Universal)			
<input type="checkbox"/> Convenio de Anticipo de Beneficio de Muerte por Enfermedad Terminal						US\$ _____ Cada _____			
<input type="checkbox"/> Convenio de Seguro Adicional (CSA) para el Asegurado Principal			US\$			f3) Prima inicial pagada al Intermediario de Seguros			
<input type="checkbox"/> Convenio de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente			US\$			US\$ _____			
d) Otros Propuestos Asegurados						f4) Pago Adicional			
<input type="checkbox"/> Convenio para Cubrir al Cónyuge			US\$			US\$ _____			
<input type="checkbox"/> Convenio de Seguro para Hijos Dependientes del Asegurado			US\$			US\$ _____			
<input type="checkbox"/> Convenio de Asegurado Adicional (*)			US\$			US\$ _____			
g) Forma de Pago			h) Frecuencia de Pago			Si la suma asegurada total (Plan básico más Convenio CSA) excede US\$500,000 no se le deberá entregar ningún pago al Intermediario de Seguros.			
<input type="checkbox"/> Pago Directo <input type="checkbox"/> Débito Automático Bancario (ACH) <input type="checkbox"/> Dedución por Nómina			<input type="checkbox"/> Pago Unico <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral						
<input type="checkbox"/> Débito Automático por Tarjeta de Crédito Otro: _____			<input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual						
(*)Para otros Asegurados Adicionales o Hijos Dependientes, por favor complete el formulario de Solicitud Complementaria.									
EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD									
16. Esta sección debe ser completada para cada persona en todos los casos, con o sin examen médico								Prop. Aseg. Principal	Prop. Aseg. Adicional
Proporcione detalles para todas las respuestas afirmativas:								Sí No	Sí No
a) ¿Ha sido rechazada, cancelada, aplazada o modificada alguna vez una solicitud de seguro de vida, accidente o enfermedad?								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) ¿Tiene pendiente alguna solicitud de seguro de vida, salud o incapacidad, o su rehabilitación en alguna otra compañía?								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) ¿Ha desarrollado o piensa hacer alguna actividad de aviación como piloto, estudiante o tripulante? (Complete form. B-1200-sp)								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) ¿Ha participado o piensa hacerlo en carreras de autos, motos, buceo, paracaidismo, parapente, alas delta o cualquier otro deporte peligroso? (Complete form. B-1201-sp)								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) ¿Ha sido arrestado por conducir un vehículo bajo la influencia de alcohol y/o drogas?								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) ¿Es fumador activo de cigarrillos, pipa, cigarros (puros, habanos) o consume alguna forma de tabaco. Indique cantidad y frecuencia?								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) ¿Dejó de fumar? Indique cuando: <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 10 años o más <input type="checkbox"/> Nunca Fumó								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) ¿Tiene o ha tenido un cargo político? Explique: _____								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) ¿Está o ha estado en las Fuerzas Armadas? Explique: _____								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) ¿Tiene o ha tenido algún cargo en el Gobierno elegido o nombrado? Explique: _____								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k) ¿Tiene dificultades personales o financieras? Explique: _____								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l) ¿Ha participado alguna vez en algún pleito o riña armada? Indique cuándo: ¿Usted o un miembro de su familia han sido alguna vez víctimas de secuestro, amenazas o intento de asesinato o secuestro? Indique cuándo: ¿Ha sido arrestado(a) alguna vez por delitos comunes o por motivos políticos? Indique cuándo:								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) ¿Tiene Ud. conocimiento de alguna circunstancia desfavorable anterior o actual relativa a su salud, costumbres, carácter, reputación o modo de vida que pueda afectar su asegurabilidad?								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
n) ¿Ha sido o es consumidor(a) habitual de bebidas alcohólicas o drogas? Indique cantidad y frecuencia ¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo o uso de drogas? ¿Ha sufrido alguna vez "síndrome de abstinencia del alcohol" ("delirium tremens")?								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Detalles a las respuestas afirmativas, identifique el numeral, nombre del propuesto asegurado y subraye el término correspondiente.									
17. Seguro en vigencia para cada Propuesto Asegurado (Vida, Salud, Incapacidad, etc.) en cualquier compañía. <input type="checkbox"/> No Tiene Reemplazo									
Nombre	Compañía de Seguros	N° de Póliza	Año de Emisión	Suma Asegurada	Mte. Accidental	Exención de Ded.		Sí No	
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
18. Dentro de los últimos 12 meses, cualquiera de los Propuestos Asegurados:									
a) ¿Ha sido diagnosticado o tratado por trastornos del corazón, derrame cerebral o cáncer?								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) ¿Ha consultado a un médico por presión arterial elevada que requiere tratamiento médico o le han hecho electrocardiograma por cualquier otro motivo que no sea un cheque o de rutina?								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) ¿Está contemplando un tratamiento médico, internación hospitalaria o cirugía en los próximos 12 meses?								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si la respuesta a cualquiera de los Incisos 18 a, b y c es afirmativa, no se deberá entregar ningún pago al Intermediario de Seguros.									

ANTECEDENTES DE SALUD

DATOS PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES							
19a) PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL		b) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte	c) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte
Estatura (Pies ó Cms)	Peso (Kgs ó Lbs)	Padre				Hermanos			
		Madre				Hermanas			
20a) PROPUESTO ASEGURADO ADICIONAL		b) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte	c) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte
Estatura (Pies ó Cms)	Peso (Kgs ó Lbs)	Padre				Hermanos			
		Madre				Hermanas			
21. a) Nombre de su médico o del que haya consultado recientemente				b) Dirección Completa			c) Teléfono		
d) Correo Electrónico		e) Fecha y motivo de la última consulta				f) Tratamiento administrado o medicamentos			

22. Cada Propuesto Asegurado a su leal saber y entender debe indicar si en los últimos 10 años ha tenido o le han informado tener o ha sido tratado por:

SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN	Prop. Aseg. Principal		Prop. Aseg. Adicional		SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN	Prop. Aseg. Principal		Prop. Aseg. Adicional	
	Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No
a) Trastornos de los ojos, glaucoma, córnea. No incluya corrección habitual de la visión por medio de lentes o anteojos, o chequeos periódicos de visión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) Anemia, leucemia, hemofilia, flebitis, tromboflebitis, o cualquier trastorno de la sangre, bazo o sistema vascular. Recibido una transfusión de sangre. Indique cuándo y circunstancias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Trastornos de los oídos, nariz y garganta, disfonía persistente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m) Cicatrices quirúrgicas y no quirúrgicas, cáncer de piel u otras lesiones o trastornos de la piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Convulsiones, migraña severa, mareos, epilepsia, derrame o infarto cerebral, accidente cerebrovascular permanente o transitorio, aneurisma, parálisis, cuadriplegia, alteración mental o psicológica, mal de Alzheimer, esclerosis múltiple, adormecimiento, hormigueo, visión doble, traumatismo de cráneo, dolor de cabeza frecuente o sin razón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) Ha tenido una prueba con resultado positivo por haber estado expuesto a infección por el VIH o bien ha sido diagnosticado con SIDA o Complejos Relacionados causados por infección por el VIH u otra enfermedad o patología derivada de dicha infección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Neumonía, bronquitis, asma, enfisema, alergia, tos permanente, tuberculosis, hemoptisis, bronconeumonía, enfermedad pulmonar crónica o cualquier trastorno del sistema respiratorio o pulmones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) Le han practicado electrocardiograma, radiografías, tomografía, resonancia magnética u otros estudios de diagnóstico o tiene pendiente hospitalizarse o realizarse alguno en los próximos 12 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Trastornos urinarios o genitales Cálculos o piedras en el riñón, insuficiencia renal, infecciones urinarias, quistes, prostatitis, enfermedades venéreas o de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) En los últimos cinco años, ha estado hospitalizado por enfermedad, accidente o cirugía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hepatitis, cirrosis, cálculos biliares, colecistitis, abscesos, colecistectomía o cualquier otro trastorno del hígado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q) Algún familiar inmediato ha sido diagnosticado y/o tratado por diabetes, cáncer, (especifique el tipo), enfermedad cardíaca incluyendo angina de pecho e infarto, trastornos mentales, hipertensión, insuficiencia renal, mal de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad neuro-motriz, enfermedad de Huntington, riñón poliquistico o cualquier trastorno hereditario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hipertiroidismo, hipotiroidismo, bocio, diabetes mellitus tipo I o II, hipoglicemia, azúcar en la sangre lesiones en páncreas, paratiroides, o cualquier trastorno del sistema endocrino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r) El servicio militar de cualquiera de los Propuestos Asegurados ha sido diferido, o ha sido rechazado o licenciado del mismo debido a condiciones físicas o mentales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cáncer, tumores benignos o malignos, quistes, lunares, verrugas, bultos u otros crecimientos, incluyendo aquellos por los que no haya consultado a un médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s) Está actualmente bajo observación o tratamiento médico, farmacológico o institucional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Úlcera duodenal o gástrica, dispepsia, indigestión, gastritis, sangrado intestinal, divertículos, hemorroides, colitis, estreñimiento, esofagitis, hernia hiatal o cualquier trastorno del sistema digestivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t) Tratamiento por abuso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Presión arterial alta, infarto del miocardio, angina de pecho, dolor precordial, soplo, lesión valvular, várices, palpitaciones, enfermedad coronaria, fiebre reumática, enfermedad de Chagas, aneurisma o cualquier otro trastorno cardiovascular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u) Para hombres mayores de 50 años solamente: ¿Se ha efectuado un chequeo de próstata? Se ha realizado una prueba de Antígeno Prostático Específico? Indique fecha(s), nombre del médico y resultados.	N/A <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>	
k) Artritis, reumatismo, gota, ciática, trastornos de los músculos, huesos, espina dorsal región lumbar, articulaciones, hernia de disco, artritis reumatoidea, osteoporosis o enfermedades inmunológicas o del colágeno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v) Para mujeres solamente: 1) ¿Trastornos del útero, ovarios, hemorragias, bultos en senos, quistes o cualquier otro trastorno ginecológico o de los senos? 2) ¿Se ha realizado recientemente una Mamografía, Papanicolaou o chequeo ginecológico? Indique fechas(s), nombre(s) del médico(s) y resultados. 3) Está embarazada? Indique cuántas semanas (o meses)	N/A <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>	

23. Proporcione detalles de las preguntas contestadas afirmativamente. Identifique la pregunta y el o los Propuesto(s) Asegurado(s), subraye los puntos correspondientes e indique diagnósticos y tratamientos, fecha, duración, nombre, dirección de médicos y hospitales y su correo electrónico.

Inciso	Prop. Asg.	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o chequeos.	Nombre/dirección/email/teléfono de médicos/hospitales	Fechas

24. Instrucciones Especiales	25. Endosos de la Aseguradora
------------------------------	-------------------------------

El (los) Propuesto(s) Asegurado(s), Padre, Madre o Representante Legal (si el Propuesto Asegurado es menor de 15 años) y 1) el Dueño, si es una persona que no es el Propuesto Asegurado Principal, Padre, Madre o Tutor, declara que según su mejor saber y entender, las respuestas y declaraciones efectuadas en las Partes 1 y 2 (si la Parte 2 es requerida por la Compañía) de esta Solicitud son verdaderas y completas. El que suscribe acuerda que 1) ninguna exoneración o modificación de cualquiera de las cláusulas del contrato o cualquiera de los derechos o requisitos comprometerán a la compañía a menos que hayan sido emitidos por escrito y aprobados por la Compañía, y 2) la aceptación de todo contrato emitido ratificará cualquier cambio realizado por la Compañía en el espacio indicado como "Endosos de la Aseguradora". Sin embargo, cambios en el plan de seguro, suma asegurada, edad a la fecha de emisión, clasificación de riesgo o beneficios serán efectuados únicamente con el consentimiento por escrito del Dueño,. 3) Si dentro de los 60 días de la fecha de la Solicitud, no se recibe ninguna póliza o se notifica de la aprobación o rechazo, esta Solicitud debe ser declarada nula. 4) La suma de US\$ _____ para ser aplicada al Seguro de Vida ha sido pagada en efectivo y la responsabilidad de la Compañía se indicará en el Recibo Condicional. Ningún otro recibo se considerará válido. 5) Si no se realiza ningún pago con esta Solicitud, no existirá cobertura de Seguro de Vida o responsabilidad alguna hasta que a) la póliza sea entregada, b) la prima inicial completa sea pagada durante la vida del asegurado y c) no haya ocurrido ningún cambio en la salud de cualquiera de las personas propuestas para seguro, que coloque a dicha persona en una clasificación de riesgo distinta a la que tenía al momento en que solicitó ésta póliza de seguro. 6) Cualquier contrato que resulte de esta Solicitud será constituido de acuerdo con las leyes, donde ésta Solicitud fue firmada.

El que suscribe, Propuesto Dueño manifiesta a su leal saber y entender que todas las declaraciones efectuadas por o con respecto a su persona, tanto como las hechas por los Propuesto(s) Asegurado(s) (o respecto a ellos) que se encuentran en este documento son completas y verídicas.

ADVERTENCIA

Toda declaración falsa y/o tergiversación y/u omisión de información puede ser considerada como dolo u otro vicio del consentimiento y podría afectar la validez del contrato de seguro. Los párrafos siguientes se refieren a cada uno de los Propuestos Asegurados que firman en los lugares señalados a continuación.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

Cada uno de los Propuestos Asegurados que firma más abajo autorizan a cualquier médico, hospital, clínica o institución médica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, Medical Information Bureau, Inc. ("MIB") o cualquier otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre su persona o sobre su salud, o la de sus hijos menores para que divulgue esa información a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores con el objeto de evaluar su solicitud para seguro de vida. **Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.**

Por este medio libero y relevo en mi nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algun interés en cualquier póliza emitida o modificación a una póliza existente en virtud de estas declaraciones, de toda restricción impuesta por la ley que prohíba a los médicos, centros asistenciales o de diagnósticos que me hayan atendido, revelar cualquier información que figure en la historia clínica archivo o registro nacional de las instituciones indicadas más arriba. La anterior declaración tiene como fin descartar cualquier negativa aduciendo la reserva contemplada en las normas que regulan o lleguen a regular el suministro de información sobre mi estado de salud.

Cada uno de los Propuestos Asegurados asimismo autoriza a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores a efectuar un breve informe sobre la información personal y protegida acerca de su salud al MIB. Cada Propuesto Asegurado entiende que puede solicitar una copia de esta autorización. Cada Propuesto Asegurado conviene que ha recibido el Aviso acerca del Medical Information Bureau.

Cada uno de los Propuestos Asegurados entiende que pueden ser entrevistados por un tercero, si la compañía solicita un informe de Inspección para seguro o investigación del consumidor con referencia a esta solicitud. Asimismo entienden que la compañía puede solicitarles que se sometan a determinadas pruebas que incluyan, pero no se limite a Análisis de Orina, Electrocardiogramas, Radiografías, Glucemia, Funciones Hepáticas y Renales, e infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humano VIH.

FIRMAS

Firmado el _____ de _____ de 20__.

Firma del Propuesto Asegurado Principal
(Padre, madre o Representante Legal, en caso de que sea menor de 15 años)

X _____

Nombre impreso y número de identificación

Firma del Propuesto Asegurado Adicional o Cónyuge
(Padre, madre o Representante Legal, en caso de que sea menor de 15 años)

X _____

Nombre impreso y número de identificación

Firma del Dueño si es distinto del Propuesto Asegurado (Si es persona jurídica, deberá firmar un socio o representante legal que no sea el Propuesto Asegurado)

X _____

Nombre impreso

Número de identificación

Certifico que he registrado en esta solicitud de manera veraz y fiel la información proporcionada por el solicitante, y que he visto personalmente a cada persona para la cual se solicita seguro mediante esta solicitud. Hasta donde es de mi conocimiento, esta transacción implica no implica un reemplazo de seguro.

Firma del Intermediario de Seguros

X _____

Nombre impreso y número de identificación

Firma del Intermediario de Seguros

X _____

Nombre impreso y número de identificación

INFORME DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

1. Conozco al (los) Propuesto(s) Asegurado(s):

- Muy bien por _____ años
- Bien por _____ años
- Casualmente por _____ años
- Conocido con motivo de esta solicitud
- Familiar: Parentesco _____
- Ingresos correspondiente al año anterior del propuesto asegurado US\$ _____

2. Propósito del Seguro

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Protección familiar | <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Acuerdo de compraventa |
| <input type="checkbox"/> Continuación de Ingresos | <input type="checkbox"/> Obsequio a familiares cercanos | <input type="checkbox"/> Retroventa de Acciones (en caso de socios) |
| <input type="checkbox"/> Persona Clave | <input type="checkbox"/> Garantía de préstamo hipotecario | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bono para Ejecutivos | <input type="checkbox"/> Gastos de herencia y sucesión | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

3. a) He visto personalmente a cada uno de los Propuestos Asegurados al momento de completar esta solicitud Sí No

b) (Si la respuesta es "No", por favor explique.)

4. Otros nombres por los cuales se conoce al (los) Propuesto(s) Asegurado(s). Incluya otros apellidos, sobrenombres o apellidos de soltera.

5. Requisitos para esta solicitud:

Adjunto Solicitado, por Enviarse

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Examen Médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Análisis de Orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perfil de Química Sanguínea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Electrocardiograma de Reposo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ergometría (ECG de Esfuerzo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formulario Financiero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informe de Inspección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informe de Médico Tratante (IMT o APS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dr. _____ | | |
| Informe del Médico u Hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Si uno de los Propuesto Asegurados es menor de 15 años, indique:

- a) ¿Con quién vive? _____
- b) ¿Cuántos hermanos(as) tiene? _____
- c) ¿Están todos asegurados? Sí No
- ¿Por sumas iguales? Sí No
- ¿Con qué Compañía? _____
- d) ¿Tiene seguro el padre? Sí No
- Compañía _____
- Suma Asegurada US\$ _____
- e) Tiene seguro la madre? Sí No
- Compañía _____
- Suma Asegurada US\$ _____

7. Referencias

Proporcione el nombre completo de dos referencias personales o comerciales que puedan dar información sobre el (los) propuesto(s) asegurado(s) y que puedan ser contactados por la compañía de Informes de Inspección si es necesario.

Nombre completo _____

Relación _____ Teléfono(s) _____

Horario en que puede ser llamado _____

Nombre completo _____

Relación _____ Teléfono(s) _____

Horario en que puede ser llamado _____

8. Indique el teléfono celular personal del (los) Propuesto(s) Asegurado(s) y el horario o fecha en que pueden ser contactados por la compañía de Informes de Inspección si es necesario:

Teléfono 1 _____

Teléfono 2 _____

Fecha y hora solicitada _____

Fecha y hora alternativa _____

Permita un tiempo hasta que contactemos a la Compañía de Inspecciones.

9. Observaciones y comentarios

RECIBO

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.

ESTE RECIBO DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD A MENOS QUE SE HAYA RECIBIDO UN PAGO DE PRIMA CON LA SOLICITUD (en cuyo caso, queda en poder del Propuesto Asegurado)

Por la presente acusamos RECIBO de la suma de US\$ _____ en concepto de Prima por el Seguro o Seguros solicitado(s) sobre la vida de _____ para el (los) cual(es) se ha completado una solicitud de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., en uno de sus formularios impresos que lleva la misma fecha que este Recibo, y que está sujeto a los términos y condiciones estipulados por la Compañía.

Fechado el _____ de _____ de _____ .

Intermediario de Seguro

CONVENIO DE SEGURO CONDICIONAL

El Asegurado:

El Propuesto Asegurado que aparece en la solicitud.

El Beneficiario:

Según la solicitud y autorizaciones adjuntas.

Monto de Seguro:

El 20% de la Suma Asegurada solicitada en la Solicitud, la cual es definida como la suma asegurada del plan básico más el convenio de seguro adicional sobre el asegurado principal, y las autorizaciones adjuntas, siempre y cuando la Suma Asegurada solicitada no exceda de US\$500,000. Cuando la Suma Asegurada solicitada exceda los US\$500,000, no habrá ninguna cobertura de seguro condicional.

Incontestabilidad, Edad y Suicidio:

Este seguro condicional está sujeto a las mismas limitaciones y condiciones que se encuentran en la póliza solicitada.

El Seguro Condicional caducará cuando ocurra la primera de las siguientes condiciones:

1. Pasar 60 días contados a partir de la fecha de la solicitud; o
2. Aprobación o rechazo por parte de la Compañía de la solicitud a la cual se adjunta este recibo.

El Seguro Condicional no entrará en vigor en caso de:

1. La falta por parte del Propuesto Asegurado de suministrar datos, muestras, pruebas, resultados de estudios o análisis, etc. a la Compañía;
2. La prima recibida junto con la solicitud para cubrir las retenciones y deducciones resulta insuficiente (incluyendo aquéllas para riesgos subnormales si la salud del Propuesto Asegurado así lo requiere) aplicables al plan de seguro solicitado de acuerdo con la edad y salud de Propuesto Asegurado.
3. Pagar la prima que acompañe la solicitud con un cheque que no sea pagadero a Pan American Life Insurance de Costa Rica, S.A.

Condiciones Esenciales para que exista Seguro Condicional:

1. El solicitante y el Propuesto Asegurado tienen que contestar negativamente las preguntas 18 a, b y c de la solicitud;
2. En la fecha efectiva de la solicitud, el Propuesto Asegurado tiene que haber sido aceptable como riesgo asegurable a tarifa normal en los términos y bajo las condiciones del plan de seguro solicitado, sin modificación alguna, de acuerdo con el reglamento y las prácticas de suscripción de riesgos de la Compañía;
3. Debe haber concordancia exacta entre (1) los nombres del(los) Propuesto(s) Asegurado(s), (2) la fecha, y (3) el número, como aparecen en la solicitud y en este recibo;
4. Este recibo no puede haber sufrido alteración o modificación alguna; y
5. Que la prima haya sido pagada. Si el pago se hizo a través de cheque, el mismo haya sido cobrado sin contratiempo. Si el cheque no es pagado por el banco, esta condición será considerada como no cumplida.

Término Máximo del Seguro Condicional:

Sesenta (60) Días a partir de la fecha de la solicitud.

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.

**La siguiente traducción es una cortesía al Asegurado
ESTE AVISO DEBE ENTREGARSE AL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL
AL MOMENTO DE COMPLETAR LA SOLICITUD**

AVISO REFERENTE A LA OFICINA DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información referida a su asegurabilidad es tratada en forma confidencial. Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. o sus reaseguradores pueden hacer un breve informe a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau ó MIB) una organización sin fines de lucro formada por compañías de seguros de vida, que opera un sistema de intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita seguro de vida, seguro por incapacidad o presenta un siniestro o solicita reclamo por beneficios con otra compañía miembro, a pedido de dicha compañía el MIB le proporcionará la información que disponga en sus archivos.

Si usted lo solicita por escrito, el MIB le proporcionará toda información que disponga acerca suyo. Si usted cuestiona o tiene dudas sobre la exactitud de la información existente en su expediente, puede contactar al MIB y solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos indicados en la Ley de Crédito Imparcial (Fair Credit Reporting Act). La dirección del MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734, Estados Unidos de Norteamérica. El número de teléfono es: (781) 751-6000.

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., o sus reaseguradores puede divulgar información a otras compañías de seguros a las que usted haya solicitado o pueda solicitar seguros de vida, incapacidad o presente un siniestro o solicite beneficios. Información adicional acerca del MIB puede obtenerse en la página web www.mib.com

**THIS NOTICE MUST BE DELIVERED TO THE PRINCIPAL PROPOSED INSURED
WHEN THE APPLICATION IS COMPLETED.**

NOTICE CONCERNING THE MEDICAL INFORMATION BUREAU

Information concerning your insurability will be treated as confidential. Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. or its reinsurers may, however make a brief report thereon to the Medical Information Bureau, a non-profit organization of life insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its members. If you apply to another bureau member company for life insurance coverage, disability insurance coverage, or a claim for benefits is submitted to such a company, the Bureau, upon request will supply such company with the information in its file.

Upon receipt of a request form from you, the Bureau will arrange disclosure of any information it may have in your file. If you question the accuracy of information in the Bureau's files, you may contact the Bureau and seek a correction in accordance with the procedures set forth in the Federal Fair Credit Reporting Act. The address of the Bureau's information office is Post Office Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112, telephone number (617) 426-3660.

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., or its reinsurers may also release information in its file to other life insurance companies to whom you may apply for life insurance, disability insurance, or to whom a claim for benefits may be submitted.