

SOLICITUD INDIVIDUAL/FAMILIAR, GASTOS MÉDICOS MAYORES

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. Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

Póliza nueva Adición de dependientes Cambio de plan Rehabilitación

I- CONTRATANTE (SI ES DIFERENTE AL SOLICITANTE PRINCIPAL)

Nombre o razón social		Apellido paterno		Apellido materno:	
Domicilio					
Calle y número					
Colonia			Ciudad		
Estado		Código Postal		Años en este domicilio	
RFC			CURP (Persona Física)		
Nacionalidad		País de residencia		Ocupación o Profesión/Actividad o Giro	
Teléfono domicilio		Celular		E-Mail	

INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (SI ES DIFERENTE AL CONTRATANTE)

Domicilio

Calle y número					
Colonia			Ciudad		
Estado		Código Postal		Años en este domicilio	
RFC			CURP (Persona Física)		
Nacionalidad		País de residencia		Ocupación o Profesión/Actividad o Giro	
Teléfono domicilio		Celular		E-Mail	

¿Desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue a esta dirección? Sí No

¿Desea que la empresa se comunique con usted por correo electrónico? Sí (se requiere una dirección de correo electrónico) No

II- INFORMACIÓN DEL (LOS) SOLICITANTE(S)

Nombre de solicitantes (Apellidos, Nombres)

Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Parentesco	Estado civil *	Sexo	Peso lb o kgs	Estatura Pulg o m
					<i>Solicitante Principal</i>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
							<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
							<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
							<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
							<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
							<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
							<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
							<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
							<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		

*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho)

III- COBERTURA SOLICITADA

Elección de producto: Pan-American WorldAccess Pan-American PreferredAccess

Por favor seleccione un Plan de Deducible:

Plan I - \$1,000 **Plan II - \$2,000** **Plan III - \$5,000** **Plan IV - \$10,000** **Plan V - \$20,000**

Fecha de efectividad que solicita para la cobertura:

¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte en forma profesional?

Sí **No** en caso afirmativo, indicar quién

IV- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

1. ¿La cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente?

Sí **No**

En caso afirmativo, por favor adjunte una copia:

- Caratula de la póliza
- Recibo del último pago

2. ¿Después que comience la cobertura, usted o alguno de sus dependientes tendrá otro seguro médico? **Sí** **No** En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Nombre de la Compañía

• Producto y Deducible

• Número de Póliza

3. ¿Alguna solicitud de seguro de gastos médicos o vida, ha sido denegada, aceptada con restricciones o con un recargo a la prima estándar para alguno de los solicitantes?

Sí **No** (en caso afirmativo, favor explicar)

V - RECLAMANTE SUSTITUTO

Persona que podrá actuar a nombre y representación del Asegurado, cuando se demuestre mediante un dictamen médico verificado por la Compañía, que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado no puede reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada.

Nombre

Fecha de nacimiento
Mes/Día/Año

RFC con Homoclave

Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	RFC con Homoclave

VI- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico tratante o ha consultado a un especialista en el último año?

Sí **No** (en caso afirmativo, favor llenar los siguientes espacios:)

Solicitante	Nombre del médico	Especialidad	Teléfono

VII- EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico o rutinario en los últimos 5 años?

Sí **No** (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado (Si fue anormal, favor explicar)
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal

VIII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido de:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 1. ¿Infecciones? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 2. ¿Síntomas de los ojos, oídos, nariz o garganta? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis u otros desórdenes neurológicos? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 4. ¿Alergias, asma, bronquitis u otros síntomas pulmonares? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 5. ¿Síntomas del corazón o circulatorios, presión arterial alta, colesterol o triglicéridos elevados? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 6. ¿Síntomas del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis u otros síntomas del hígado o del sistema digestivo? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 7. ¿Síntomas de los riñones o del tracto urinario? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 8. ¿Síntomas de la columna vertebral, ciática, lumbalgia, escoliosis, cervicalgia, reumatismo, artritis, gota u otros síntomas de los músculos, huesos o articulaciones? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 9. ¿Tumores benignos o cáncer? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 10. ¿Anemia, leucemia, linfoma u otros síntomas de la sangre? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 11. ¿Diabetes, síntomas de la tiroides u otros síntomas hormonales o endocrinológicos? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 12. ¿Síntomas de la próstata? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma del aparato reproductor? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 14. ¿Síntomas de las mamas, ovarios o útero, u otros síntomas o signos ginecológicos? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 15. ¿Síntomas de la piel? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias o autoinmunes? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 17. ¿VIH o SIDA? |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 18. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente? |

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", favor proporcionar los detalles

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y condición actual	Información del médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y condición actual	Información del médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y condición actual	Información del médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y condición actual	Información del médico

VIII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

Si algunas de las preguntas en la página 3 fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles.

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:
Tratamiento y condición actual		Información del médico	

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:
Tratamiento y condición actual		Información del médico	

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar []

IX- MEDICAMENTOS

¿En la actualidad, alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado que debe tomar algún medicamento?

Sí No (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Nombre del medicamento	Motivo	Cantidad y frecuencia	Período
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:

X- HÁBITOS

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilegales?

Sí No (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Tipo	Cantidad por día	Consumo	Período
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:

XI- HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, o enfermedad congénita o hereditaria? Sí No (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Familiar	Desorden

XII - IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

EXCLUSIVO PARA PERSONAS FÍSICAS

- Sí** **No** Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partidos políticos.

Quién?	Describe el puesto
--------	--------------------

- Sí** **No** ¿Actúa en nombre y cuenta propia? En caso negativo: Anexe el nombre y datos generales del tercero por el que actúa:

EXCLUSIVO PARA PERSONAS MORALES

INFORMACIÓN GENERAL DEL APODERADO LEGAL (Solo en caso de ser diferente al solicitante principal)

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno:
Domicilio		
Calle y número		
Colonia	Ciudad	
Estado	Código Postal	Años en este domicilio
RFC	CURP (Persona Física)	
Nacionalidad	País de residencia	Ocupación o Profesión/Actividad o Giro
Teléfono domicilio	Celular	E-Mail

XIII - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Advertencia: 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. Lo anterior porque 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 que se hiciera 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.”

En caso de tener más de un beneficiario favor de anexar en un documento aparte la información y porcentajes designados.

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno:
Domicilio (Solo en caso de ser diferente al del contratante y/o solicitante principal)		
Calle y número		
Colonia	Ciudad	
Estado	Código Postal	Años en este domicilio
RFC	CURP (Persona Física)	
Nacionalidad	País de residencia	Ocupación o Profesión/Actividad o Giro
Teléfono domicilio	Celular	E-Mail

SECCIÓN XIV. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN.

Entiendo y aceptó 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 elegibilidad bajo el plan por el cual estoy declarando, así como la elegibilidad de reclamos por ser presentados. Yo autorizo el acceso a cualquier información que pueda ayudar a determinar mi elegibilidad.
2. Todos los términos y condiciones de las coberturas por las cuales estoy declarando, están especificadas en la Póliza y en el Cuadro de Beneficios que expedirán la Compañía y que serán expedidas, 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 de la Póliza con la Compañía.

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de estos datos para la apreciación del riesgo, originará la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario(s) en su caso y la Compañía de Seguros tendrá la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago al Asegurado (art. 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Por lo anterior, en mi carácter de solicitante titular y/o contratante y en representación o por cuenta de los solicitantes, bajo protesta de decir verdad declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

La información proporcionada en este formulario tendrá una vigencia de treinta (30) días a partir de la fecha en que fue suministrada. Mi firma es constancia que he revisado cuidadosamente esta declaración, me obligo a todo lo acordado en ella y estoy de acuerdo que toda la información suministrada por mí en esta declaración y cualquier información suministrada subsecuentemente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas. Esta información será tomada como base para la emisión de una Póliza de Gastos Médicos, de acuerdo al plan escogido para mí y los miembros de mis Núcleos Asegurados, si los hubiere. Cualquier declaración o manifestación hecha, ya sea falsa o inexacta, vicia de nulidad al contrato de seguro.

La información que en virtud de la suscripción del contrato de seguros obtenga la Compañía queda protegida por el derecho a la protección de datos personales y confidencialidad.

Autorizo a cualquier médico, proveedor de cuidados de salud, hospital, clínica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, o cualquier otra organización o institución que pueda tener conocimiento sobre mi persona o sobre mi salud, la de mis hijos menores de edad y de cualquiera de los posibles terceros asegurados bajo esta póliza para que divulgue esta información a los representantes de Pan-American México, Compañía de Seguros S.A., con el objeto de evaluar mi elegibilidad y la de mis dependientes como asegurados para esta póliza así como la elegibilidad de los reclamos presentados con posterioridad. Una fotocopia o copia escaneada de esta autorización es tan válida como el original.

Firma del asegurado principal

Fecha

Nombre del propuesto asegurado principal:

XV - RECONOCIMIENTO DEL AGENTE

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar a Pan-American México, Compañía de Seguros S.A. esta solicitud y todas las primas cobradas contra recibo oficial expedido por Pan-American México, Compañía de Seguros S.A., así como por entregar la póliza al solicitante cuando esta sea emitida.

Hago constar que las copias de los documentos entregados a Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. coinciden con el original que se tuvo a la vista.

Desconozco de alguna condición que no haya sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la asegurabilidad y apreciación de riesgos de los solicitantes.

Firma del Agente

Nombre del Agente en letra de molde

Clave del Agente

XVI - INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PAGO

Modalidad del Pago: Anual Semestral Trimestral (Se requiere cargo automático con tarjeta de crédito)

Prima \$:

Opción de Pago I: Transferencia electrónica

*El número de Referencia Bancaria será incluida en su recibo de pago

Opción de Pago II: Tarjeta de crédito* Favor proporcionar la siguiente información * Se requiere copia de la Identificación Oficial
 MC Visa American Express

Nombre del Tarjetahabiente

Banco Emisor

Número de la tarjeta de crédito

Fecha de expiración

Código de seguridad: Cantidad a cargar \$

Dirección del tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta)

Teléfono del tarjetahabiente

Firma del tarjetahabiente (titular de la tarjeta de crédito)

Opción de Pago III: Cargo a cuenta de cheques o tarjeta de débito

Contratante (titular de la cuenta bancaria o tarjeta de débito)

Banco donde resida la cuenta

Número de CLABE*

*Se requiere copia de la Identificación Oficial y del Estado de Cuenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de tarjeta de Débito*

* Se requiere copia de la Identificación Oficial y de la tarjeta por ambos lados

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorizo al Banco Receptor para que realice por mi cuenta los pagos por los conceptos que en este documento se detallan, con cargo a la cuenta bancaria identificada por la CLABE o número de tarjeta de débito indicado al rubro. Convengo en que el Banco Receptor queda liberado de toda responsabilidad si el Emisor ejercitara acciones contra mí, derivados de la Ley o el Contrato que tengamos celebrado, y que el Banco Receptor no estará obligado a efectuar ninguna reclamación al Emisor; ni a interponer recursos de ninguna especie contra multas, sanciones o cobros indebidos, todo lo cual, en caso de ser necesario, será ejecutado por mí. El Banco Receptor tampoco será responsable si el Emisor no entregara oportunamente los comprobantes de servicios, o si los pagos se realizaran extemporáneamente por razones ajenas al Banco Receptor, el cual tendrá absoluta libertad de cancelarme este servicio si en mi cuenta no existieran fondos suficientes para cubrir uno o más de los pagos que le requiera el Emisor, o bien, ésta estuviera bloqueada por algún motivo.

Firma del Contratante (titular de la cuenta bancaria o Tarjeta de débito)

Fecha

Opción de Pago IV: Cheque

Cargo automático para todas las renovaciones futuras Sí No

Con mi firma en este documento autorizo a Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. a cargar directamente la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria arriba indicada para pagar las primas del seguro de mi póliza de Gastos Médicos Mayores con Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A.

Entiendo que si hay algún cambio a mi póliza de seguro, la cantidad de la prima también puede cambiar. También entiendo que una copia de este documento será enviada a mi institución bancaria. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. cargar de mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro de Gastos Médicos Mayores, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

En caso de que un cargo directo para pagar mi póliza, por cualquier motivo sea rechazado o declinado, reconozco que será mi responsabilidad personal el pagar inmediatamente las primas de mi póliza de Gastos Médicos Mayores, de lo contrario mi cobertura puede terminar.

Firma del solicitante principal

Fecha

El presente formato está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número _____ - de fecha _____