

# SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

**Elección del producto:**  Major Medical World Access  Major Medical Preferred Access

LIVE UW #

Póliza nueva  Adición de dependientes  Cambio de plan  Reinstalación

Póliza #

## I- INFORMACIÓN DEL (LOS) SOLICITANTE(S)

Nombre de Solicitante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)	Número de cédula de identidad	Ocupación	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Parentesco	Es- tado civil*	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Peso <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kgs	Estatura <input type="radio"/> Pulg <input type="radio"/> 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		

\*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión libre(Unión de hecho)

## II- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Dirección residencial

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	País de Residencia
--------	--------	---------------	--------------------

Dirección postal

Dirección (si es diferente de la anterior)

Ciudad	Estado	Código postal	País de Residencia
--------	--------	---------------	--------------------

Teléfono de la casa	Celular
---------------------	---------

Fax	Correo electrónico
-----	--------------------

- ¿Tiene usted y todos los solicitantes una residencia legal y permanente en Ecuador?  Si o  No
- ¿Actualmente usted o algún solicitante reside legalmente en los Estados Unidos de América por un período de 6 meses o más ininterrumpidos durante un período de 365 días?  Si o  No
- ¿En qué países están usted y todos los solicitantes del seguro autorizados a residir de forma legal, permanente o temporalmente?

- ¿Usted o algún solicitante tiene múltiple nacionalidad o pasaporte?  Si o  No País:

### III- COBERTURA SOLICITADA

Por favor seleccione un producto:  Major Medical World Access  Major Medical Preferred Access

Por favor seleccione un deducible:  \$1,000  \$2,000  \$5,000  \$10,000  \$20,000

Fecha de efectividad que solicita para la cobertura:

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

Si o  No en caso afirmativo, indicar quien

Nombre del Solicitante  ¿Qué deporte practica?

### IV- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

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

Si o  No En caso afirmativo, por favor adjunte una copia:

a. Certificado de Cobertura

b. Recibo del último pago

- Nombre de la Compañía
- Producto y Deducible
- Número de Póliza

2. ¿Después que comience la cobertura, usted o alguno de sus dependientes tendrá otro seguro médico?  Si o  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 salud o vida, ha sido denegada, aceptada con restricciones o con un recargo a la prima estándar para alguno de los solicitantes?

Si o  No (en caso afirmativo, favor explicar)

4. ¿Usted o algún solicitante ha solicitado seguro o ha sido asegurado por alguna compañía del grupo de Pan-American Life? En caso de ser afirmativo por favor indique su número de solicitud/póliza?  Si o  No

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

- Número de Solicitud/Póliza
- Tipo de producto

### V- BENEFICIARIO

Nombre del Beneficiario	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Relación con el Asegurado Principal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### VI- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico primario o ha consultado a un especialista?  Si o  No (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### VII- EXÁMENES MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico general o rutinario?  Si o  No (en caso afirmativo, favor explicar)

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

## VIII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido de:

- Si  No 1. ¿Infecciones?  
 Si  No 2. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?  
 Si  No 3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis u otros desórdenes neurológicos?  
 Si  No 4. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?  
 Si  No 5. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, soplo, circulatorios, problemas de presión arterial, aneurisma, trombosis, venas varicosas, flebitis, fiebre reumática o colesterol o triglicéridos elevados?  
 Si  No 6. ¿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?  
 Si  No 7. ¿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?  
 Si  No 8. ¿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.  
 Si  No 9. ¿Tumores benignos o cáncer?  
 Si  No 10. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?  
 Si  No 11. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?  
 Si  No 12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?  
 Si  No 13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?  
 Si  No 14. ¿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?  
 Si  No 15. ¿Síntomas o signos de la piel incluyendo, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?  
 Si  No 16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?  
 Si  No 17. ¿VIH o SIDA?  
 Si  No 18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?  
 Si  No 19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?  
 Si  No 20. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente?  
 Si  No 21. ¿De alguna discapacidad? (De ser Afirmativa esta respuesta se requiere, junto con esta solicitud, copia del certificado que acredite la calificación de la discapacidad por la autoridad nacional sanitaria). En ese caso, la compañía ofrecerá cobertura de las condiciones preexistentes relacionadas o consecuencia de la discapacidad en los términos del contrato de seguros al que se está aplicando y sus anexos modificatorios.

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

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

### VIII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES ( CONTINUACIÓN )

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

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

### IX- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a Si alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente, por favor indique el número de Embarazos, Parto natural, Cesárea y Abortos:

Embarazos  Parto natural  Cesárea  Abortos

b. Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada? Nombre del Solicitante   
por favor indique fecha propable de parto.

c. Alguna solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones perinatales?  Si o  No (en caso de ser afirmativo indique los detalles)

### X- MEDICAMENTOS

¿Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado que debe tomar algún medicamento?

Si o  No (en caso afirmativo, favor explicar)

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

### XI- HABITOS

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

Si o  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:

### XII- HISTORIA FAMILIAR

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

Solicitante	Familiar	Desorden

### XIII- RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN.

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 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. Se define como condición preexistente cualquier condición o enfermedad, (incluyendo embarazo o lesión), de una Persona Asegurada:
  - a) La cual estaba presente en la fecha en que se hizo vigente la cobertura de dicha Persona Asegurada bajo la Póliza y cuyos síntomas estuvieron presentes en o antes de dicha fecha, sin tener en cuenta si la Persona Asegurada tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudiere estar relacionadas con tal condición o enfermedad y se puede demostrar también con la evidencia científica de la evolución normal de la enfermedad o condición médica; o
  - b) Debido a la cual, la Persona Asegurada ha recibido, (o se le ha recomendado), consulta, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico; o servicio, suministro, o medicamento; o ha incurrido en gastos relacionados con los mismos con anterioridad a la fecha de vigencia de su cobertura bajo la Póliza.

Toda condición preexistente que no haya sido declarada en la presente solicitud de seguro o sea revelada con reticencia, omisión o falsedad puede causar la nulidad del contrato de seguro o la anulación de tal cobertura. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

3. Todos los términos y condiciones de las coberturas por las cuales estoy declarando, están especificadas en la Póliza que expedirá la Compañía y que será firmada, 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.

La información proporcionada en este formulario tendrá una vigencia de sesenta (60) 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 respecto a la veracidad de la información suministrada. 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 Seguro de Asistencia Médica, de acuerdo al plan escogido para mí y los miembros de mi Grupo Asegurado, si los hubiere. Cualquier declaración o manifestación hecha, ya sea falsa o inexacta, vicia de nulidad al contrato de seguro. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente. Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

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 para que divulgue esta información a Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S. A. sus compañías afiliadas o sus reaseguradoras con el objeto de evaluar mi solicitud de Seguro de Asistencia Médica, así como la elegibilidad de los reclamos presentados con posterioridad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Una fotocopia o copia escaneada de esta autorización es tan válida como el original.

#### DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS:

Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S. A., en caso de emitirse la Póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Conocedor (a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamientos de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual forma, la Compañía queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, transferir, o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

Autorizo a la compañía a compartir información sobre mis antecedentes de salud con mi agente de seguro durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi póliza.

Firma del Asegurado Principal

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado Principal:

#### XIV- INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PAGO

**Frecuencia del Pago:**  Anual  Semestral  Trimestral

**Modalidad del Pago:**  Autorización de Débito  Cheque  Transferencia

Prima \* : \$

\*El valor podrá variar, si el cliente solicita cambio en la frecuencia de pago.

#### Datos de Facturación:

Nombre/Razón Social:

C.I./ RUC*:	Teléfono:	E-mail:
-------------	-----------	---------

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

\*Enviar copia del RUC

Si el pagador es una compañía, por favor enviar copia del nombramiento del Representante Legal con copia de su cédula.

Firma del Solicitante Principal

Fecha

#### XV- RECONOCIMIENTO DEL AGENTE

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

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

Firma del Agente

Nombre del Agente en letra de molde

Código del Agente

Firma del Representante Legal

Firma del Representante

Fecha