

SEGURO COLECTIVO - DECLARACIÓN DE SALUD

No. de Póliza

- Empleado Nuevo Incremento de Suma Asegurada
 Adición de dependiente Cambio de Plan

No. de Cert

Se utilizarán estas declaraciones cuando el contrato de seguro autorizado cubra a un asegurado principal y/o miembros de su familia. 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, QUE ES EL DECLARANTE

Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Peso (Kg) Estatura (mts) Fecha de nacimiento Día/Mes/Año Sexo M F Estado civil* Cédula

Ocupación: Descripción de la ocupación Email

Dirección Residencia Teléfono Celular

Dirección Trabajo Teléfono Ciudad

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

II- INFORMACION DE SUS DEPENDIENTES QUE DESEAN COBERTURA (SI LOS INCLUYE)

Nombre completo	Parentesco*	Sexo	Fecha de nacimiento	Peso	Estatura	Estado civil**	Ocupación
<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Día/Mes/Año	<input type="radio"/> Lb <input type="radio"/> Kgs	<input type="radio"/> Pulg <input type="radio"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Día/Mes/Año	<input type="radio"/> Lb <input type="radio"/> Kgs	<input type="radio"/> Pulg <input type="radio"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Día/Mes/Año	<input type="radio"/> Lb <input type="radio"/> Kgs	<input type="radio"/> Pulg <input type="radio"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Día/Mes/Año	<input type="radio"/> Lb <input type="radio"/> Kgs	<input type="radio"/> Pulg <input type="radio"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Día/Mes/Año	<input type="radio"/> Lb <input type="radio"/> Kgs	<input type="radio"/> Pulg <input type="radio"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Día/Mes/Año	<input type="radio"/> Lb <input type="radio"/> Kgs	<input type="radio"/> Pulg <input type="radio"/> Mts		

*Se refiere al de los Dependientes con el Asegurado Principal. ** S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho)

¿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?

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

III- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o ha consultado a un especialista? Sí o No (en caso afirmativo, por favor explique):

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"/>

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Trastornos de la glucosa, síndrome metabólico, signos o síntomas de la tiroides, hipófisis y otros signos o síntomas hormonales o endocrinos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Cáncer o tumores, leucemia, linfoma o trastornos de la sangre o la coagulación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Síntomas o signos del sistema neurológico (incluyendo mareos, convulsiones o parálisis) o del sistema respiratorio (incluyendo asma, tos crónica o dificultad respiratoria)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Síntomas o signos del sistema osteomuscular (incluyendo columna vertebral, músculos, articulaciones y huesos), artritis, gota o cualquier otra lesión o accidente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Algún solicitante está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo de tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "SI", por favor proporciones 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

Entiendo y acepto que:

1. La compañía tiene el derecho de requerir información adicional de médicos proveedores de cuidados de salud con el propósito de poder determinar la asegurabilidad bajo el plan por el cual estoy declarando. Yo autorizo el acceso a cualquier información que pueda ayudar a determinar mi asegurabilidad. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.

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.

Una condición preexistente es cualquier síntoma y/o signo que se presente antes de la fecha efectiva de la póliza, o la rehabilitación de esta y que de haberse consultado a un Médico, hubiera resultado en un diagnóstico de Enfermedad o condición Médica.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellos:

V- CONDICIONES DE LA COBERTURA (continuación)

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

c) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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 de la Compañía de Seguros y mi persona.

4. Toda la información suministrada por mí y en representación de 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 el plan para el cual estoy declarando. Cualquier declaración o manifestación hecha, ya sea falsa o incompleta, podría más tarde, causar la anulación de la cobertura.

Entiendo que dicha información puede servir de base para la celebración de una Póliza de seguro sobre mi salud y las de mis dependientes, y que una omisión o inexactitud respecto a dicha información puede afectar negativamente la cobertura a solicitarse, y acepto las condiciones de cobertura (sección VI) de estas declaraciones.

5. Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción y se reserva el derecho de excluir de manera permanente o por un período distinto al período de pre-existencia o colocar restricciones de beneficios en el certificado individual de seguro o a través de una adenda, a las condiciones pre-existentes declaradas en esta solicitud.

6. Autorizo a la compañía a compartir información sobre mis antecedentes de salud con grupo/tenedor y agente de seguro durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi Póliza.

Firma Propuesto Asegurado Principal

Fecha (DD/MM/AA)

PARA USO DE PALIC

Póliza

Asegurado Principal

Edad

IMC

Dependiente

Edad

IMC

Dependiente

Edad

IMC

Dependiente

Edad

IMC

Dependiente

Edad

IMC

DETALLE DE EXCLUSIONES

Toda Exclusión aplica sus Secuelas y Complicaciones

Asegurado Principal:

Permanente

Temporal

Dependiente

Permanente

Temporal

Ampliar o Reconsiderar:

Declinado

Aprobado

Riesgo No Asegurable

Exclusión

Médico Consultor

Fecha (DD/MM/AA)

Evaluador