

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

DATOS DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS

PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL

1. a) Primer Apellido		Segundo Apellido		b) Nombre(s)		c) País de Nacimiento	
d) País(es) de Residencia Fiscal Dueño (incluya todo los aplicables)				e) Número de ID or Referencia Tributaria (incluya todo los aplicables)			
f) Número y Tipo de Documento		g) Nacionalidad	h) Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	i) Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		j) Clasificación de Riesgos (Marque las que correspondan.) <input type="checkbox"/> No consume Tabaco <input type="checkbox"/> Consume Tabaco <input type="checkbox"/> Preferencial	
k) Dirección Residencial			l) Ciudad	m) Estado/Provincia		n) Código Postal	o) País
p) Correo Electrónico (E-Mail)		q) Teléfono (Código país, ciudad y Número)			r) Países donde tiene residencia legal		s) Estado Civil
2. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)				b) Naturaleza del negocio			
c) Dirección Comercial			d) Ciudad	e) Estado/Provincia		f) Código Postal	g) País
h) Teléfono Comercial (Código país, ciudad y Número)				i) Ingreso Anual US\$ _____		j) 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. a) Fecha de Póliza solicitada		b) Idioma de la póliza <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés	
---	--	----------------------------------	--	--	--

☐ (Si no hay, continúe en N° 14) **PROPUESTO ASEGURADO ADICIONAL** ☐ Dueño (Marque aquí si el dueño es el Asegurado Adicional)

8. Cobertura		a) <input type="checkbox"/> Anexo para Asegurado Adicional		b) Relación con el Propuesto Asegurado:			
9. a) Primer Apellido		Segundo Apellido		b) Nombre(s)		c) País de Nacimiento	
d) Número y Tipo de Documento		e) Nacionalidad	f) Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	g) Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		h) Clasificación de Riesgos (Marque las que correspondan.) <input type="checkbox"/> No consume Tabaco <input type="checkbox"/> Consume Tabaco <input type="checkbox"/> Preferencial	
i) Dirección Residencial			j) Ciudad	k) Estado/Provincia		l) Código Postal	m) País
n) Correo Electrónico (E-Mail)		n) Teléfono (Código país, ciudad y Número)			o) Países donde tiene residencia legal		q) Estado Civil
10. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)				b) Naturaleza del negocio			
c) Dirección Comercial			d) Ciudad	e) Estado/Provincia		f) Código Postal	g) País
h) Teléfono Comercial (Código país, ciudad y Número)				i) Ingreso Anual US\$ _____		j) 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 (COMPLETE SOLAMENTE SI DIFIERE DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL O ADICIONAL)									
14. a) Primer Apellido (o nombre de la persona jurídica)		Segundo Apellido		b) Nombre(s)			c) Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		
d) País de Nacimiento		e) País(es) de Residencia Fiscal Dueño		f) Número de ID o Referencia Tributaria		g) Si el tomador es una entidad, también deberá completar página 6			
h) Dirección Residencial (o comercial)		i) Ciudad	j) Estado	k) Código Postal		l) País	m) Teléfono (Código país, ciudad y N°)		
n) Relación con Propuesto Asegurado		o) Número y Tipo de Documento		p) Indique si es Empresa o Fideicomiso			q) Correo Electrónico		
r) 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					b) Beneficio por Fallecimiento:				
a) Nombre del Plan Básico: <input type="checkbox"/> UL _____ <input type="checkbox"/> Término _____					<input type="checkbox"/> Opción 1 (Nivelada-Suma Asegurada solamente) <input type="checkbox"/> Opción 2 (Creciente-Suma Asegurada y Valor Efectivo) <input type="checkbox"/> Opción 3 (Suma Asegurada más primas pagadas menos Retiros)				
c) Propuesto Asegurado Principal					e) Suma Asegurada		f) Prima		
Suma Asegurada Plan Básico de Seguros					US\$ _____		f1) Prima a pagar (Término)		
<input type="checkbox"/> Convenio de Indemnización Adicional por Muerte por Causa Accidental					US\$ _____		US\$ _____		
<input type="checkbox"/> Convenio de Exención del Pago de Primas por Incapacidad (WP) (Término)					_____		f2) Prima periódica planeada (Vida Universal)		
<input type="checkbox"/> Convenio de Exención de Deducciones Mensuales por Incapacidad (UL)					_____		US\$ _____		
<input type="checkbox"/> Convenio de Anticipo de Beneficio de Muerte por Enfermedad Terminal					_____		f3) Prima inicial pagada con la Solicitud		
<input type="checkbox"/> Convenio de Seguro Adicional para el Asegurado Principal (CSA)					US\$ _____		US\$ _____		
<input type="checkbox"/> Convenio de Enfermedades Graves					US\$ _____		f4) Pago o depósito Adicional		
d) Propuesto Asegurado Adicional (*)					_____		_____		
<input type="checkbox"/> Convenio de Seguro para el Asegurado Adicional					US\$ _____		US\$ _____		
g) Forma de Pago					h) Frecuencia de Pago		Si la suma asegurada total (Plan básico más Convenio CSA) excede \$500,000 no se le deberá entregar ningún pago al Productor de Seguros.		
<input type="checkbox"/> Débito Automático Bancario (PAC) mensual <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/> Pago con Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito (completar formulario)					<input type="checkbox"/> Pago Unico <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual				
(*) Para otros Asegurados Adicionales o Hijos Dependientes, por favor complete la Declaraciones Complementaria, formulario A-3103-i									
EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD									
16. Esta sección debe ser completada para cada persona en todos los casos, con o sin examen médico							Propuesto Aseg. Princ.		Propuesto Aseg. Adic.
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 formulario 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 (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 cuándo: <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"/> <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) ¿Has sido alguna vez el asegurado propuesto o un miembro de su familia, víctima de amenaza o intento de secuestro o ha sido secuestrado(a)? Indique cuándo:							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) ¿Fue arrestado(a) alguna vez por delitos comunes o por política? Indique cuando:							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
n) ¿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"/>
o) ¿Ha sido o es actualmente alcohólico(a) o bebedor(a) habitual? Indique cantidad y frecuencia							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo?							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido alguna vez "síndrome de abstinencia de alcohol" ("delirium tremens")?							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
p) Detalles a las respuestas afirmativas, identifique el numeral, nombre del propuesto asegurado y subraye el termino 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	WP		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		
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 chequeo de rutina?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
c) ¿Está contemplando un tratamiento médico, internación hospitalaria o cirugía en los próximos 12 meses?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta a cualquiera de los Incisos 18 a, b y c es afirmativa, no se deberá entregar ningún pago al Productor de Seguros.									

B-1542 Rev. 09-2017Pan-American International Insurance CorporationPágina 2

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 (Cms)	Peso (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 (Cms)	Peso (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		Propuesto Asegurado Principal		Propuesto Asegurado Adicional		SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN		Propuesto Asegurado Principal		Propuesto Asegurado 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, ronquera o 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, han 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 poliquístico 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 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"/>	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<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 fecha(s), nombre(s) del médico(s) y resultados. 3) Está embarazada? Indique cuántas semanas (o meses)		N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<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

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.

El (los) Propuesto(s) Asegurado(s), Padre, Madre o Tutor (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 \$ _____ 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 esta póliza de seguro. 6) Cualquier contrato que resulte de esta Solicitud será constituido de acuerdo con las leyes de la Islas Caymán, B.W.I. Los términos y condiciones son expresados en el idioma que requiera la Compañía. 7) Esta Solicitud es firmada y fechada fuera del territorio de Estados Unidos de Norteamérica o de las Islas Caimán, B.W.I. 8) Entiendo que el contrato no entrará en vigencia sino hasta que haya sido entregado y la Prima Mínima Mensual haya sido cobrada por la Compañía, previo al fallecimiento del o los Propuesto(os) Asegurado(os), amparados por esta Solicitud y previo a cualquier cambio en la salud de los mismos, y entiendo que la prima será considerada cobrada por la Compañía cuando el cheque, transferencia electrónica o tarjeta de crédito no haya sido rechazado(a) y el pago de la prima sea efectivamente depositado en una cuenta de la Compañía.

Afirmo que todas las declaraciones hechas respecto al seguro a solicitar, aún cuando aparezcan en formulario(s) distinto(s) a éste, son completas y verídicas.

Firmado el _____ de _____ de 20____ .

Firma del Propuesto Asegurado Principal (Padre, madre o tutor, en caso de que sea menor de 18 (dieciocho) años) X _____ Aclaración de firma (Nombre impreso)			Firma del Propuesto Asegurado Adicional o Cónyuge (Padre, madre o tutor, en caso de que sea menor de 18 (dieciocho) años) X _____ Aclaración de firma (Nombre impreso)		
Firma del Dueño si es distinto del Propuesto Asegurado (Si es persona jurídica, deberá firmar un socio, representante legal, apoderado o fideicomisario de la entidad.) X _____ Aclaración de firma (Nombre impreso)			Firma del Fideicomisario Adicional (Si lo hubiere) X _____ Aclaración de firma (Nombre impreso)		
Certifico que he registrado en esta Solicitud la información proporcionada por el solicitante y que he visto personalmente a cada persona propuesta para seguro bajo esta Solicitud. Según mi mejor saber y entender, el reemplazo de cobertura <input type="checkbox"/> está <input type="checkbox"/> no está contemplado en esta transacción.					
Nombre del Productor de Seguros	Código Personal	Participación % de	Nombre del Productor de Seguros	Código Personal	Participación % de
Firma del Productor de Seguros X _____			Firma del Productor de Seguros X _____		

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar el presente documento, el titular de la(s) póliza(s) reconoce y accede a que, conforme a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA, por sus siglas en inglés) y el Estándar de la OECD según adoptado por las Islas Caiman, Pan-American International Insurance Corporation (PAIIC) es o podría ser requerida a divulgar y a reportar información concerniente a su póliza al Servicio de Rentas Internas y/o a las autoridades pertinentes en las Islas Caimán ("las Autoridades"). El titular de la(s) póliza(s), voluntaria e incondicionalmente, autoriza a PAIIC a divulgar y a reportar a las Autoridades cualquier y toda información concerniente a la(s) póliza(s) emitida(s) por PAIIC.

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 International Insurance Corp., 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 algún 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 diagnóstico 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 International Insurance Corp., 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, la ley de Informe de Crédito Equitativo y el aviso abreviado acerca de las Prácticas de Seguro.

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.

COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Entiendo y acepto lo siguiente:

1. La compañía emitirá el contrato electrónicamente. Cualquier otra forma de comunicación hacia la compañía y de parte de la compañía antes de la emisión del contrato, será comunicada al propuesto dueño a través del productor y viceversa.
2. Entiendo y estoy de acuerdo que mi productor puede tener acceso a mi información médica u otra información de identificación personal, en relación con la fase de aplicación/evaluación del proceso.
3. Al reconocer y autorizar la grabación de mi firma, autorizo a la compañía a sellar o firmar electrónicamente documentos contractuales comunes que requieran mi firma o autorización oficial para productos o servicios que he solicitado comprar.

Firmado el _____ de _____ de 20____.

Firma del Propuesto Asegurado Principal
(Padre, madre o tutor, en caso de que sea menor de 18 (dieciocho) años)

X _____

Aclaración de firma (Nombre impreso)

Firma del Propuesto Asegurado Adicional o Cónyuge
(Padre, madre o tutor, en caso de que sea menor de 18 (dieciocho) años)

X _____

Aclaración de firma (Nombre impreso)

Firma del Dueño si es distinto del Propuesto Asegurado (Si es persona jurídica, deberá firmar un socio, representante legal, apoderado o fideicomisario de la entidad.)

X _____

Aclaración de firma (Nombre impreso)

Firma del Fideicomisario Adicional (Si lo hubiere)

X _____

Aclaración de firma (Nombre impreso)

Correo electrónico del Dueño (el Contrato será enviado a esta dirección electrónica):

Parte II. Auto-Certificación para Entidades (solamente para Entidades que son Dueños de la Póliza)

Instrucciones: La Parte II deberá ser completada solamente por aquellas Entidades (Personas Jurídicas) que son Dueños de la Póliza. Si se trata de una Entidad de los Estados Unidos, por favor proporcione el Formulario W-9 completo, indicando el Número de Identificación Fiscal (TIN). Si la entidad es una institución financiera extranjera, por favor incluya el W-8BEN-E completo, indicando el GIIN y el número de identificación fiscal / tributaria o número de referencia extranjero. Además, por favor complete las secciones a continuación e incluya los siguientes documentos, si no se han presentado anteriormente:

Documentos Requeridos para Propósitos de Conozca a su Cliente (KYC)	Documentos Incluidos	
Certificado de Existencia y Representación legal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Registro de Miembros de Junta Directiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Registro de Accionistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Registro de los Representantes Legales, si corresponde	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Identificación de los Representantes Legales, si corresponde	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Por favor indique el lugar de residencia tributaria de la Entidad (si la Entidad declara rentas en más de un país, por favor indique todos los países, y el tipo y número de referencia tributaria correspondientes).

País o Países de Residencia Tributaria	Tipo de Número de Referencia Tributaria, como por ejemplo RUC, TIN, NIT, etc.	Número de Referencia Tributaria

Si la Entidad no es una Institución Financiera, por favor confirme si la entidad es una Entidad No-Financiera Pasiva (EENF) marcando la casilla correspondiente:

☐ Sí, la Entidad es una Entidad No-Financiera Pasiva (EENF)¹

☐ No, la Entidad no es una Entidad No-Financiera Pasiva (EENF)

Si usted escogió sí, por favor complete la información a continuación para cada Persona que ejerce el Control² de la Entidad No-Financiera Pasiva (EENF).

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Completa de Residencia	% de titularidad	Países de Residencia Tributaria (donde está obligado a declarar renta)	Número de Identificación Tributaria o de Referencia

¹ El término “EENF” significa cualquier Entidad que no sea una Institución Financiera. La expresión “EENF Pasiva” significa cualquier EENF que no sea (i) una EENF Activa, o (ii) una Entidad de inversión que no sea una Institución Financiera de una Jurisdicción Asociada. La expresión “EENF Activa” significa cualquier EENF que cumpla con cualquiera de los siguientes requisitos:

- Menos del cincuenta por ciento (50%) de los ingresos brutos de la EENF del año calendario u otro periodo apropiado para reportar, anterior al periodo de reporte, sean ingresos pasivos y menos del cincuenta por ciento (50%) de los activos mantenidos por la EENF durante el año calendario u otro periodo apropiado para reportar, anterior al periodo de reporte, sean activos que generen o sean mantenidos para generar ingresos pasivos;
- Las acciones de la EENF se comercialicen regularmente en una bolsa de valores establecida o que la EENF sea una Entidad Relacionada a otra Entidad cuyas acciones se comercialicen en un mercado de valores establecido;
- La EENF es una Entidad Gubernamental, una Organización Internacional, un Banco Central o una Entidad que sea de la propiedad total de uno o varios de los anteriores;
- Sustancialmente todas las actividades de la EENF consisten en poseer (en todo o en parte) las acciones en circulación de, o proveer financiamiento y servicios a, una o más subsidiarias que se dediquen a una actividad empresarial distinta a la de una Institución Financiera, excepto que una Entidad no deberá calificar para el estatus de EENF si la misma funciona (o se muestra al público) como un fondo de inversión, tal como un fondo de capital privado, fondo de capital de riesgos, fondo de adquisición apalancada o cualquier vehículo de inversión que tenga el propósito de adquirir o financiar compañías para después tener participaciones en las mismas en forma de activos de capital para fines de inversión;
- La EENF todavía no está operando un negocio y no tiene historial previo de operación, pero está invirtiendo capital en activos con la intención de operar un negocio distinto al de una Institución Financiera; no obstante la EENF no deberá calificar para esta excepción 24 meses después de la fecha de su constitución;
- La EENF que no haya actuado como Institución Financiera en los últimos cinco años y esté en proceso de liquidar sus activos o se esté reorganizando con la intención de continuar o reiniciar operaciones de una actividad empresarial distinta a la de una Institución Financiera;
- La EENF se dedica principalmente a financiar o cubrir operaciones con o para Entidades Relacionadas que no son Instituciones Financieras y que no presten servicios de financiamiento o de cobertura a ninguna Entidad que no sea una Entidad Relacionada, siempre que el grupo de cualquiera de estas Entidades Relacionadas se dedique primordialmente a una actividad empresarial distinta a la de una Institución Financiera, o;
- La EENF cumple con todos los siguientes requisitos:
 - esté establecida y en operación en su jurisdicción de residencia exclusivamente para fines religiosos, de beneficencia, científicos, artísticos, culturales, atléticos o educativos; o que esté establecida y en operación en su jurisdicción de residencia y es una organización profesional, liga de negocios, cámara de comercio, organización laboral, organización de agricultura u horticultura, liga cívica o una organización que opere exclusivamente para la promoción del bienestar social;;
 - esté exenta del impuesto sobre la renta en su jurisdicción de residencia;
 - no tenga accionistas o socios que sean propietarios o beneficiarios efectivos de los ingresos o activos;
 - la legislación aplicable de la jurisdicción de residencia de la EENF o la documentación de constitución de la EENF no permitan que ningún ingreso o activo de la misma sea distribuido o utilizado en beneficio de una persona privada o una Entidad que no sea de beneficencia, salvo que se utilice para el desarrollo de las actividades de beneficencia de la EENF, o como pagos por una compensación razonable por servicios prestados o como pagos que representan el valor de mercado de la propiedad que la EENF compró, y
 - la legislación aplicable de la jurisdicción de residencia de la EENF o los documentos de formación de esta requieran que, cuando la EENF se liquide o se disuelva, todos sus activos se distribuyan una Entidad Gubernamental o una organización no lucrativa, o que sea transferida al gobierno de la jurisdicción de residencia de la EENF o a cualquier subdivisión de esta.

²La expresión “Personas que Ejercen el Control” significa las personas naturales que ejercen control sobre una Entidad. En el caso de un fideicomiso, dicho término significa fideicomitente, fideicomisarios, protector (si lo hay), beneficiarios o grupo de beneficiarios y cualquier otra persona natural que ejerza el control efectivo final sobre el fideicomiso, y en el caso de otras organizaciones jurídicas distintas al fideicomiso, dicho término significa cualquier persona en una posición equivalente o similar.

INFORME DEL PRODUCTOR 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 US\$ _____

2. Propósito del Seguro

- ☐ Protección familiar
☐ Continuación de Ingresos
☐ Persona Clave
☐ Bono para Ejecutivos
☐ Gastos de herencia y sucesión
☐ Obsequio a familiares cercanos
☐ Garantía de préstamo hipotecario
☐ Jubilación
☐ Acuerdo de compraventa
☐ Retroventa de Acciones (en caso de socios)
☐ 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 CONDICIONAL

ESTE RECIBO NO DEBE SER ENTREGADO AL DUEÑO PROPUESTO A MENOS QUE SE RECIBA UN PAGO JUNTO CON ESTA SOLICITUD, QUE LAS SUMAS ASEGURADAS ESTAN DENTRO DE LOS LIMITES EN LA SECCIÓN 15, Y QUE LAS PREGUNTAS 18 a) b) Y c) HAN SIDO CONTESTADAS "NO".

TODOS LOS CHEQUES DEBEN SER PAGADEROS A LA COMPAÑIA.

NO HAGA CHEQUES PAGADEROS AL AGENTE Y NO DEJE EN BLANCO "AL PORTADOR"

A menos que cada uno y todos los términos y condiciones establecidas en este recibo se cumplan exactamente, el seguro no entrará en vigencia antes de que la póliza sea entregada. Ningún productor de la compañía, médico examinador, o corredor está autorizado para alterar o eximir ninguna de dichas condiciones.

Recibido de _____ este _____ día de _____ de 20 _____, la suma de \$ _____

con referencia a esta solicitud de **Seguro de Vida** Pan-American International Insurance Corporation.

La solicitud de seguro tiene la misma fecha de este Recibo.

I. Condiciones bajo las cuales el seguro puede entrar en vigencia antes de la entrega de la Póliza:

Todas y cada una de las siguientes condiciones deben cumplirse **exactamente**:

1. La suma en concepto de pago recibido, debe ser una cantidad suficiente como para mantener la póliza o pólizas solicitadas en vigencia por un período mínimo de un mes, incluyendo cualquier recargo requerido por riesgo agravado, y por la misma cantidad indicada en la solicitud que lleva la misma fecha que este recibo; y
2. Todas las partes requeridas en la solicitud, exámenes médicos, y pruebas exigidas por las normas de la Compañía deben ser completadas dentro de 60 días contados a partir de la fecha de la Parte I de la solicitud; y
3. En la Fecha Efectiva, según se define mas adelante, todas las personas propuestas para seguro fueron consideradas riesgos asegurables exactamente lo mismo que al tiempo de la solicitud, de acuerdo con las prácticas de la Compañía en relación con la aceptación de riesgos sin modificación de plan, tasa de primas o monto de seguro; y
4. Las preguntas 18 a) b) y c) de la solicitud son contestadas "No".

II. Seguro Condicional Otorgado

Si se cumplen todas las condiciones anteriores, entonces el seguro será otorgado bajo los términos y condiciones de la póliza solicitada, sujeto a los límites expresados en esta sección, los cuales se aplicarán durante el período condicional, de la misma manera y sujeto a los mismos derechos, condiciones y defensas como si la póliza solicitada hubiere sido emitida y entregada.

La suma total de seguro condicional (seguro de vida, convenio de seguro adicional para el mismo asegurado) pagadero en referencia a las solicitudes de todas y cada una de las personas propuestas para seguro, no excederá del 20% de \$500,000, o la suma asegurada solicitada, la que resulte menor. Este seguro condicional entrará en vigencia en la Fecha Efectiva como queda indicado. Si la suma asegurada solicitada excede de \$500,000, no habrá ninguna cobertura de seguro condicional.

III. Fecha Efectiva del Seguro Condicional

La Fecha Efectiva se define como lo que ocurra último entre:

1. La fecha en que se complete la solicitud según sea requerido;
2. La fecha en que se completen todos los exámenes médicos, análisis y pruebas exigidas;
3. La Fecha de la Póliza si ésta fue solicitada en la solicitud.

IV. Estipulaciones del Recibo Condicional

1. Si la Compañía denegase la aprobación de la solicitud y por ende la emisión de la póliza por el plan, el monto y la prima solicitada sin modificación, no habrá obligación alguna por parte de la Compañía. La Compañía devolverá entonces la cantidad pagada con esta solicitud.
2. La Compañía tendrá 60 días desde la fecha de la solicitud para considerarla y proceder. Si el solicitante no recibiere una notificación de aprobación o rechazo de esta solicitud dentro de ese período, la solicitud será considerada como denegada por la Compañía.
3. Este Recibo Condicional será anulado si:
 - a. La siguiente información en este recibo no resulta exactamente igual que en la solicitud;
 1. el nombre de todas las personas propuestas para seguro;
 2. la fecha;
 3. la descripción de la forma de pago de primas; o
 - b. Si fuere alterado o modificado; o que
 - c. Cualquier cheque o forma de pago fuese devuelto.
4. El seguro condicional terminará en la fecha en que sea entregada la póliza al Dueño, ya sea que la póliza haya sido emitida de acuerdo con la solicitud, o no.

Firmado en este _____ día de _____ de 20 _____

Firma del Productor de Seguros

X

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

NOTICE CONCERNING THE MEDICAL INFORMATION BUREAU

Information regarding your insurability will be treated as confidential, Pan-American International Insurance Corporation or its reinsurers may, however, make a brief report thereon to the MIB, Inc., formerly known as Medical Information Bureau, a not-for-profit membership organization of insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its Members. If you apply to another MIB Member company for life insurance or health insurance coverage, or a claim for benefits is submitted to such a company, MIB, upon request, will supply such company with the information in its file.

Upon receipt of a request from you, MIB will arrange disclosure of any information it may have in your file. If you question the accuracy of information in MIB's file, you may contact MIB and seek a correction in accordance with the procedures set forth in the Fair Credit Reporting Act. The address of MIB's information office is 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734, telephone (866) 692-6901 (TTY 866-346-3642).

Pan-American International Insurance Corporation or its reinsurers may also release information in its file to other insurance companies to whom you may apply for life or health insurance, or to whom a claim for benefits may be submitted. Information for consumers about MIB may be obtained on its website at www.mib.com.

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 International Insurance Corp. 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 Informe de Crédito Equitativo (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. La página de web es www.mib.com.

Pan-American International Insurance Corp., 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.

ESPACIO DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE