

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

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)	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)

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 residencial	Celular
----------------------	---------

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

1. ¿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? ☐ Sí ☐ No

2. ¿En qué países están usted y todos los solicitantes del seguro autorizados a residir de forma legal, permanente o temporalmente?

<input type="text"/>

3. ¿Usted o algún solicitante tiene múltiple nacionalidad o pasaporte? ☐ Sí ☐ No País:

III- COBERTURA SOLICITADA

Por favor seleccione un producto: ☐ Pan-American WorldAccess ☐ Pan-American PreferredAccess ☐ Pan-American HealthAccess

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?

☐ Sí 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?

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

• Certificado de Cobertura

• 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? ☐ Sí 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?

☐ Sí o ☐ No (en caso afirmativo, favor explicar)

4. ¿Usted o algún solicitante ha solicitado seguro o ha sido asegurado por Pan-American Life Insurance Company? En caso de ser afirmativo por favor indique su número de solicitud/póliza?

☐ Sí 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? ☐ Sí 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? ☐ Sí 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="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
----------------------	----------------------	----------------------	---------------------------------------------------------------

<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="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. ¿Desórdenes 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, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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.
<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, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	14. ¿Síntomas o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas o útero incluyendo miomas, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	15. ¿Síntomas o signos o de la piel incluyendo, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	17. ¿VIH o SIDA?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de Morton, pies planos o alguna otra alteración?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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 alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", 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 “**Sí**”, 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 de la Solicitante
por favor indique fecha probable de parto.

c. ¿Alguna solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones perinatales? ☐ **Sí** 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?

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

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

XI- HáBITOS

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

☐ **Sí** 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? ☐ **Sí** o ☐ **No** (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Familiar	Desorden

XIII- CONFIRMACIÓN DE RECIBO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído todas las preguntas, respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud, las cuales he completado de una manera veraz. Entiendo que cualquier omisión, o declaración incorrecta o incompleta puede causar que reclamaciones sean negadas y que la póliza sea modificada, cancelada o anulada por Pan-American Life Insurance Company ("PALIC"). Si yo llegara a requerir atención o tratamiento médico después de firmar esta aplicación pero antes de la fecha de vigencia de la póliza, yo proporcionaré toda la información a PALIC para que su aprobación final sea adjudicada. En el caso de que yo esté siendo representado(a) por un agente, por medio de la presente autorizo a esa persona y a la agencia para recibir todos los documentos relacionados con mi cobertura de seguro.

Autorizo a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica u otro centro médico, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga el historial clínico o conocimiento acerca de mi salud a proporcionar dicha información a PALIC. Esto incluye información relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermedades de transmisión sexual. Esto también incluye información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero no incluye anotaciones de psicoterapia.

Al firmar abajo, yo confirmo que cualquier acuerdo que haya firmado para restringir mi información protegida de salud, no es aplicable a esta autorización, e informo a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica, centro médico u otro proveedor de cuidados de la salud, asegurador, plan, fondo, grupo, o administrador externo para divulgar y para dar a conocer mi historial clínico completo y sin restricciones.

Esta autorización permanecerá válida mientras la póliza esté vigente. Una copia de esta autorización tiene tanta validez como el original. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación a la compañía a: **Pan-American Private Client, 121 Alhambra Plaza, Suite 1501, Coral Gables, Florida 33134**. También entiendo que la revocación no es retroactiva. Además, entiendo que cualquier información que sea divulgada de acuerdo con esta autorización, podrá volverse a divulgar y ya no está cubierta por las leyes federales que rigen sobre la privacidad y confidencialidad de la información de salud en Estados Unidos de Norte America (de ser aplicable). Asimismo, entiendo que si me niego a firmar esta autorización para revelar mi historial clínico completo, la Compañía no podrá procesar mi solicitud, y en caso de que la cobertura ya se haya emitido, no podrá hacer ningún pago de beneficios.

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.

ESTA CONFIRMACIÓN DE RECIBO Y AUTORIZACIÓN DEBE SER FIRMADA POR TODOS LOS SOLICITANTES DE 18 AÑOS DE EDAD EN ADELANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Solicitante Principal	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Solicitante Adicional	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Solicitante Adicional	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Solicitante Adicional	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Solicitante Adicional	Fecha

XIV- CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AGENTE

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar a PALIC 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.

Si el estado de salud de algún solicitante cambia durante el proceso de evaluación de la solicitud de seguro, debo de notificar a la compañía de seguro.

La información proporcionada en este formulario tendrá vigencia de 30 días a partir de la fecha en que fue firmada. (Nuestras solicitudes pueden estar en proceso de evaluación hasta 90 días y quisiera extender este periodo a 60 días).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Agente	Nombre del Agente en letra de molde	Código del Agente

XV- INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PAGO

Modalidad del Pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral (se requiere débito automático)

Prima US\$: Número de Póliza:

Yo autorizo a a realizar los pagos de mi prima.

Opción de Pago I

Pagadero a PALIC ☐ Cheque ☐ Cheque de cajero ☐ Giro postal

Opción de Pago II

☐ Transferencia electrónica

Beneficiario: PALIC Private Client
desde un banco en EEUU
Nombre del Banco: JPMorgan Chase Bank, N.A.
ABA# 021000021
Ciudad: New York
Estado o País: NY
Cuenta del Beneficiario: 935323816
Dirección del Beneficiario: 121 ALHAMBRA PLAZA, Suite 1501
CORAL GABLES, FL 33134
Referencia: Póliza #

Opción de Pago III

☐ ACH

Beneficiario: PALIC Private Client desde
un banco internacional
Nombre del Banco: JPMorgan Chase Bank, N.A.
ABA# SWIFT CHASU33
Ciudad: New York
Estado o País: NY
Cuenta del Beneficiario: 935323816
Dirección del Beneficiario: 121 ALHAMBRA PLAZA, Suite 1501
CORAL GABLES, FL 33134
Referencia: Póliza #

Opción de Pago IV:

☐ Tarjeta de Crédito Por favor proporcionar la siguiente información

☐ MC ☐ Visa ☐ American Express ☐ Dinners Nombre del Tarjetahabiente:

Número de la tarjeta de crédito: Fecha de expiración:

Código de seguridad: Cantidad a cargar US \$

Dirección del tarjetahabiente
(donde recibe el estado de cuenta)

Teléfono del Tarjetahabiente Firma del Tarjetahabiente

Débito automático para renovaciones futuras: ☐ Sí ☐ No

Con mi firma en este documento autorizo a PALIC a debitar directamente la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria arriba indicada para pagar la prima de la póliza antes mencionada.

Entiendo que si hubiera algún cambio en la mencionada póliza, el monto de la prima pudiera variar. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a PALIC debitar de mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro de salud, a menos que quien suscribe indique lo contrario por escrito.

En caso que un débito directo por cualquier motivo sea rechazado o declinado, entiendo que será responsabilidad del asegurado principal pagar la prima de la mencionada póliza inmediatamente, o de lo contrario la cobertura de dicha póliza puede terminar.

Firma del Tarjetahabiente

Fecha

COBERTURA TEMPORAL DE ACCIDENTES - TÉRMINOS Y CONDICIONES

Esta Cobertura Temporal de Accidentes no provee ninguna otra cobertura, excepto como tal y como se especifica a continuación en este documento y está sujeta al cumplimiento de todos los términos y condiciones aquí mencionadas. Todos los términos redactados en letras mayúsculas, usados pero no definidos en este documento, tendrán el mismo significado que se les atribuye en la póliza a la cual este documento se refiere.

Desde el momento en que la solicitud y la prima total para esta póliza sean recibidas por Pan-American Life Insurance Company ("PALIC"), y hasta la fecha de efectividad de la póliza, o hasta un máximo de 30 días, lo que ocurra primero, la Compañía acuerda asegurar a todos los solicitantes para gastos médicos cubiertos que resulten de lesiones corporales accidentales que ocurran mientras esta cobertura temporal de accidentes esté vigente, hasta el beneficio máximo de la póliza. Esta cobertura temporal de accidentes está sujeta a, y gobernada por los respectivos términos, provisiones, exclusiones de la póliza y el deducible seleccionado, los cuales habrían sido aplicables si la póliza hubiese estado en vigor en la fecha en la que le ocurrió el accidente al solicitante.

Esta cobertura no aplica si la solicitud es denegada por cualquier razón o si la póliza es rechazada por el asegurado después de haber sido emitida. Las lesiones sufridas en un accidente durante el período de la Cobertura Temporal de Accidentes no pueden ser motivo para denegar una solicitud.

CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIRSE PARA QUE ENTRE EN EFECTO LA COBERTURA TEMPORAL DE ACCIDENTES

1. La solicitud debe estar debidamente completada y ser recibida por PALIC.
2. Todos los requisitos médicos y no médicos, y cualquier otra información solicitada por PALIC debe ser recibida por PALIC.
3. El solicitante debe ser asegurable de acuerdo a las normas de evaluación de riesgos de PALIC.
4. La prima recibida por PALIC debe ser igual o mayor que la primera prima correspondiente a la modalidad de pago de la póliza, y debe ser efectiva y cobrable si se paga por cheque, giro bancario, tarjeta de crédito o giro postal.
5. El Solicitante Principal debe firmar y reconocer esta sección de este documento.
6. La póliza es aceptada por el asegurado después de haber sido emitida.

Mientras esta Cobertura Temporal de Accidentes esté en vigor, PALIC no proveerá beneficios al solicitante ni coordinará pago directo a ningún proveedor. Todos los reclamos compensables relacionados con esta cobertura deben ser manejados por reembolso y serán procesados cuando la póliza entre en vigor. Los beneficios pagados serán deducidos de la máxima cobertura anual o vitalicia de la póliza.

He leído y entendido todas las condiciones contenidas en este documento en referencia a la Cobertura Temporal de Accidentes.

Firma del Solicitante Principal

Fecha