

☐ Póliza Nueva

☐ Adición

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL

COMPLETE ESTA SOLICITUD CON LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

1. a) Apellido Paterno		Apellido Materno		b) Nombre(s)		c) Lugar de Nacimiento	
d) RFC (con Homoclave)		e) CURP		f) Nacionalidad		g) Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	
				h) Fecha de Nac. DD MM AAAA		i) Edad	
j) Dirección Residencial (Calle, N° de Casa, Colonia)				k) Entidad Federativa		l) Ciudad o Población	
						m) Delegación o Municipio	
n) Código Postal							
o) Correo Electrónico (E-Mail)				p) Teléfono (Incluya Clave Lada)			
				q) Países donde tiene residencia legal			
				r) Estado Civil			
2. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)				b) Naturaleza del(los) negocio(s)			
				c) Ocupación Actual			
d) Dirección de la Empresa				e) Entidad Federativa		f) Ciudad	
						g) Provincia	
						h) Código Postal	
i) Teléfono del Negocio (Incluye Clave Lada)				j) Ingreso Anual \$ _____		k) Patrimonio Neto \$ _____	
3. a) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionadas a la Ocupación)				b) Antigüedad en la ocupación		c) Indique Porcentaje de Actividad Diarias (total 100%) ☐ Administrativas ____ % ☐ Manuales ____ % ☐ Supervisión ____ % ☐ Viajes ____ %	
d) ¿Está trabajando actualmente? ☐ Sí ☐ No				e) Otras ocupaciones o empleos en los últimos 3 años		f) Lugares donde viaja y total de tiempo que viaja anualmente ☐ Aviones Comerciales ☐ Aviones Privados ☐ Vehículos	

BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL

4. a) Nombre Completo de Beneficiarios Primarios	RFC	CURP	Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA	Parentesco	%

5. ¿Se reserva el derecho a cambiar beneficiarios? (Indique "No" para Beneficiario Irrevocable) ☐ Sí ☐ No

6. Enviar Avisos de Prima a: ☐ Dirección Residencial ☐ Dirección Comercial
☐ Dueño ☐ Otra (Proporcione la dirección completa)

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

7. a) Paterno Apellido		Apellido Materno		b) Nombre(s)		c) Sexo ☐ M ☐ F		d) Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	
e) Dirección Residencial (o comercial)				f) Ciudad o Población		g) Delegación o Municipio		h) Código Postal	
								i) Teléfono (Incluya Clave Lada)	
j) Relación con Propuesto Asegurado		k) Nacionalidad		l) Lugar de Nacimiento		m) RFC (con Homoclave)		n) CURP	
								o) Estado Civil	
								p) Correo Electrónico	

INFORMACIÓN DEL APODERADO LEGAL (Exclusivo para Personas Morales)

8. a) Paterno Apellido		Apellido Materno		b) Nombre(s)		c) Sexo ☐ M ☐ F		d) Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	
e) Dirección Residencial (o comercial)				f) Ciudad o Población		g) Delegación o Municipio		h) Código Postal	
								i) Teléfono (Incluya Clave Lada)	
j) Relación con Propuesto Asegurado		k) Nacionalidad		l) Lugar de Nacimiento		m) RFC (con Homoclave)		n) CURP	
								o) Estado Civil	
								p) Correo Electrónico	

9. ¿Mencione si Usted, su cónyuge o pariente hasta el segundo grado desempeña funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partidos políticos? ¿Quién? _____ Describa el puesto _____
Actúa en nombre y cuenta propia? En caso negativo: Anexo el nombre y datos generales del tercero por el que actúa: ☐ Sí ☐ No

ADVERTENCIA

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras o si es mutilada. Debe ser contestada de puño y letra del solicitante. 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.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

COBERTURA PARA DEPENDIENTES (CÓNYUGE E HIJOS) Menores de 19 años - Utilice otra hoja si necesita mas espacio										
Apellido(s)					Nombre					
☐ Masc.	Parentesco		Fecha de Nacimiento		Nº y Tipo de Documento		Estatura		Peso	
☐ Fem.			DD	MM	AAAA			_____ cms.	_____ Kgs.	
Apellido(s)					Nombre					
☐ Masc.	Parentesco		Fecha de Nacimiento		Nº y Tipo de Documento		Estatura		Peso	
☐ Fem.			DD	MM	AAAA			_____ cms.	_____ Kgs.	
Apellido(s)					Nombre					
☐ Masc.	Parentesco		Fecha de Nacimiento		Nº y Tipo de Documento		Estatura		Peso	
☐ Fem.			DD	MM	AAAA			_____ cms.	_____ Kgs.	
Apellido(s)					Nombre					
☐ Masc.	Parentesco		Fecha de Nacimiento		Nº y Tipo de Documento		Estatura		Peso	
☐ Fem.			DD	MM	AAAA			_____ cms.	_____ Kgs.	
COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES										
10. Paquetes de Cobertura		☐ Individual				☐ Familiar				
a) Private client Global Shield		Suma Asegurada \$ _____				Suma Asegurada \$ _____				
b) Private Client Critical Illness Solutions		Suma Asegurada \$ _____				Suma Asegurada \$ _____				
c) Otros		Suma Asegurada \$ _____				Suma Asegurada \$ _____				
11. Frecuencia de Pago					12. Forma de Pago - Cargo Automático:					
☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral (Se requiere cargo automático con tarjeta de crédito)					☐ Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta de Débito ☐ AMEX ☐ Cargo a cuenta de cheque					
EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD										
13 a) ¿Tiene algún otro seguro de Accidentes Personales o Gastos Médicos en otra Compañía? Favor indicar nombre de la Compañía, Numero de Póliza, Suma Asegurada, Año de Emisión y si va a ser reemplazada.									Sí	No
									☐	☐
b) ¿Tiene póliza de Accidentes Personales o Gastos Médicos con Pan-American México? Favor indicar Numero de Póliza									☐	☐
c) ¿Ha presentado alguna vez solicitud de seguro de accidentes, enfermedades, incapacidad y cuya solicitud haya sido rechazada, pospuesta o retirada?									☐	☐
d) ¿En sus labores o prácticas deportivas se pone en peligro sus integridad física?									☐	☐
e) ¿Que deporte practica										
☐ Vuelos Privados ☐ Carrera de auto o motociclista ☐ Paracaidismo ☐ Atletismo ☐ Ski acuático ☐ Alpinismo										
☐ Buceo ☐ Otro										
INFORMACIÓN DE TARJETA Ó CUENTA										
14. CLAVE o Número de Tarjeta ó Cuenta			Código de Seguridad		Fecha de Vencimiento		Banco			
Opción de segunda tarjeta:										
15. CLAVE o Número de Tarjeta ó Cuenta			Código de Seguridad		Fecha de Vencimiento		Banco			
El que suscribe, por medio de mi firma de la presente Solicitud, autorizo expresamente a Pan-American México para que realice los cargos por concepto de pago de primas para mantener vigente la póliza que se emita como resultado de la presente propuesta, incluyendo sus renovaciones, al conducto señalado en esta sección, cuyo concepto de cargo en mi Estado de Cuenta hará prueba suficiente del pago realizado. En caso de que por cualquier causa no se pueda realizar el cargo al conducto de cobro señalado, el Asegurado Principal/Contratante se compromete a pagar a través de los medios de pago autorizados por Pan-American México, en el entendido de que en caso de no realizarse el pago en los tiempos, términos y condiciones establecidas en el Contrato de Seguros, los efectos del mismo (la cobertura) podrán cesar sin responsabilidad alguna para Pan-American México.										
Nombre del tarjetahabiente o Cuenta habiente					Firma					
					X					

ANTECEDENTES DE SALUD (Completar únicamente si solicita Private Client Critical Illness)											
DATOS PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES									
16.a) 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 (Kgs)	Padre				Hermanos					
		Madre				Hermanas					
d) ¿A su leal saber y entender, alguna de las personas propuestas para Seguro de Accidentes Personales ha estado en tratamiento o se ha indicado que padezcan de síntomas de las siguientes condiciones: diabetes, hipertensión arterial, trastornos cardíacos, enfermedad coronaria, arritmias, obesidad con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 35, enfermedades del pulmón, de los riñones, cáncer, úlcera gástrica, colitis ulcerosa, enfermedades de la sangre como leucemia, linfoma, anemia (excepto por falta de hierro), trastornos de la columna vertebral, nerviosos o mentales, enfermedades neurológicas, epilepsia, mal de Alzheimer, SIDA, síndrome de Down, deformidad, defecto, lesiones o alguna otra enfermedad?									Sí	No	
									☐	☐	
e) ¿Tiene usted algunos de los siguientes síntomas sin explicación médica: fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o lesiones extrañas en la piel?									☐	☐	
f) ¿A su leal saber y entender declara usted que a la fecha tanto usted como las personas propuestas para Seguro de Accidentes Personales gozan de buena salud y que se encuentran libres de cualquier impedimento y/o deformidad física?									☐	☐	
g) ¿Ha padecido durante los últimos 5 años alguna enfermedad que haya ameritado hospitalización o tratamiento medico de mas de 15 días?									☐	☐	
h) ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezca hasta la actualidad?									☐	☐	
i) ¿Padece actualmente alguna enfermedad o esta sujeto a algún tratamiento médico?									☐	☐	
j) 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.											
Preg. N°	Prop. Asg.	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o chequeos.				Nombre/dirección/email/teléfono de médicos/hospitales				Fechas	

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN

Entiendo y aceptó que: Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (en adelante y para efectos de la presente Solicitud: "Pan-American México") 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.

Todos los términos y condiciones de las coberturas por las cuales estoy declarando, están especificadas en la Póliza y en el Cuadro de Beneficios que expedirán Pan-American México y que serán expedidas, si mi solicitud es aprobada. Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de estos datos para la apreciación del riesgo, originará la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario(s). Pan-American México tendrá la facultad de rescindir el contrato celebrado y abstenerse de realizar cualquier pago al Asegurado (art. 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Por lo anterior, en mi carácter de solicitante titular y/o contratante y en representación o por cuenta de los solicitantes, bajo protesta de decir verdad declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos Pan-American México valorará el riesgo a contratar.

La información proporcionada en esta solicitud tendrá una vigencia de treinta (30) días a partir de la fecha en que fue suministrada. Mi firma es constancia que he revisado cuidadosamente esta solicitud, me obligo a todo lo acordado en ella y estoy de acuerdo que toda la información suministrada por mí en esta solicitud y cualquier información suministrada subsecuentemente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas. Esta información será tomada como base para la emisión de la Póliza.

Con la firma de la presente Solicitud, entiendo que la información que, en virtud de la suscripción del Contrato de Seguro, obtenga Pan-American México, quedo protegida por el derecho a la protección de Datos Personales y será tratada con la debida confidencialidad, de conformidad con lo dispuesto en el Aviso de Privacidad. Por lo anterior, otorgo de manera expresa e indubitable mi consentimiento a Pan-American México, para el tratamiento y transferencia de mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, que sean recabados por Pan-American México, ya sea a través de la presente Solicitud o mediante cualquier otro formato o medio, para las finalidades mencionadas en el Aviso de Privacidad. Reconozco que Pan-American México, previo al llenado de la presente Solicitud, ha hecho de mi conocimiento el contenido del Aviso de Privacidad, el cual se encuentra a mi disposición para posteriores consultas de forma permanente en <http://www.palig.com/Regions/mexico.aspx>.

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

Mediante la firma de la presente Solicitud y, su sujeto a la aceptación del riesgo por parte de Pan-American México (en términos de lo dispuesto en el Artículo 21, fracción I, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), de lo cual seré oportunamente notificado de ser el caso, reconozco que Pan-American México ha hecho de mi conocimiento y puesto a mi disposición a través de medios electrónicos, las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos mayores solicitado a través de la presente, las cuales se encuentran debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

FIRMAS

Firmado en _____ el _____ de _____ de 20____.

Firma del Propuesto Asegurado Principal

X _____

Firma del Contratante si es distinto del Propuesto Asegurado (Si es persona moral, deberá firmar un socio o representante legal que no sea el Propuesto Asegurado)

X _____

Nombre impreso y número de identificación

Nombre impreso y número de identificación

Funcionario Autorizado

Formulario N°

Declaracion del Agente. Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar a Pan-American México esta solicitud y todas las primas cobradas contra recibido oficial expedido por Pan-American México, así como por entregar la póliza al solicitante cuando esta sea emitida. Hago constar que las copias de los documentos a Pan-American México coinciden con el original que se tuvo a la vista. Desconozco de alguna condición que no ha sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la asegurabilidad y apreciación de riesgos de los solicitantes.

Certifico que he registrado en esta solicitud de manera veraz y fiel la información proporcionada por el solicitante, y que he visto personalmente a cada persona para la cual se solicita seguro mediante esta solicitud.

Firma del Agente

X _____

Nombre impreso y Clave del Agente

Entrega Electronica de Condiciones Generales. Estoy de acuerdo que en caso de aceptarse mi solicitud, la documentación contractual me sea entregada en formato de PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico proporcionado.

Funcionario Autorizado

X _____

Fecha

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s)

número _____ de fecha _____