

**SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA**

Parte I DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL									
1. a) Primer Apellido		Segundo Apellido		b) Nombre(s)			c) País de Nacimiento		
d) Número y Tipo de Documento de identidad		e) Nacionalidad	f) Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	g) Fecha de Nac. DD   MM   AAAA	h) Edad Actuarial	i) Clase de Riesgos (Marque la que corresponda.) <input type="checkbox"/> No Consume Tabaco <input type="checkbox"/> Consume Tabaco			
j) Dirección Residencial (Calle, N° de Casa, Barrio)				k) Ciudad		l) Provincia		m) Apartado Postal	
n) Correo Electrónico (E-Mail)		o) Teléfono (Código, ciudad y Número)			p) Países donde tiene residencia legal		q) Estado Civil		
2. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)					b) Naturaleza del(los) negocio(s)				
c) Dirección de la Empresa				d) Ciudad		e) Provincia		f) Apartado Postal	
g) Teléfono del Negocio (Código, ciudad y Número)				h) Ingreso Anual US\$		i) Patrimonio Neto US\$			
3. a) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionadas a la Ocupación)						b) Antigüedad en la ocupación			
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		Ced. Identidad		Dirección		Teléfono	Edad	Parentesco	%
b) Nombre Completo de Beneficiarios Secundarios		Ced. Identidad		Dirección		Teléfono	Edad	Parentesco	%
5. ¿Se reserva el derecho a cambiar beneficiarios? (Indique "No" para Beneficiario Irrevocable) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
6. Enviar Avisos de Prima a: <input type="checkbox"/> Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Dirección Comercial <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Otra (Proporcione la dirección completa en la sección 13)						7. Fecha de Póliza solicitada			
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DE PÓLIZA (SI DIFIERE DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL)									
8. a) Primer Apellido		Segundo Apellido		b) Nombre(s)			c) Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	d) Fecha de Nacimiento DD   MM   AAAA	
e) Dirección Residencial (o comercial)		f) Ciudad	g) Apartado	h) Código Postal	i) País	j) Teléfono (Código, país, ciudad y N°)			
k) Relación con el Propuesto Asegurado		l) Número y Tipo de Documento de identidad		m) Indique si es Empresa o Fideicomiso		n) Correo Electrónico			
o) 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									
9. PLANES Y ANEXOS					b) Beneficio por Fallecimiento:				
a) Nombre del Plan Básico:					<input type="checkbox"/> Opción 1 (Nivelada) <input type="checkbox"/> Opción 2 (Creciente) <input type="checkbox"/> Otra: _____				
c) Propuesto Asegurado Principal					e) Suma Asegurada		f) Prima		
Monto Plan Básico de Seguros					US\$		f1) Prima a pagar (Término) US\$		
<input type="checkbox"/> Anexo de Indemnización Adicional por Muerte y Desmembramiento por Causa Accidental.					US\$		f2) Prima periódica planeada (Vida-Universal) US\$ Cada		
<input type="checkbox"/> Anexo de Exención del Pago de Deducciones por Incapacidad.					US\$		f3) Prima inicial pagada al Agente con la Solic. US\$		
<input type="checkbox"/> Anexo de Seguro Adicional (CSA). (Flexilife III, V, VI)					US\$		f4) Pago Adicional US\$		
<input type="checkbox"/> Anexo de Anticipo de Beneficio de Muerte por Enfermedad Terminal (Flexilife V, VI, Term)					US\$				
<input type="checkbox"/> Otro:					US\$				
d) Otros Propuestos Asegurados					US\$				
<input type="checkbox"/> Anexo para Cubrir al Cónyuge					US\$				
<input type="checkbox"/> Anexo de Seguro para Hijos Dependientes del Asegurado					US\$				
<input type="checkbox"/> Anexo de Asegurado Adicional (*) (Flexilife V, VI)					US\$				
g) Forma de Pago					h) Frecuencia de Pago			Si la suma asegurada total (Plan básico más Anexo ASA) excede \$500,000 no se le deberá entregar ningún pago al Corredor de Seguros.	
<input type="checkbox"/> Pago Directo <input type="checkbox"/> Débito Automático Bancario (ACH) <input type="checkbox"/> Deducción por Nómina					<input type="checkbox"/> Pago Unico <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral				
<input type="checkbox"/> Débito Automático por Tarjeta de Crédito Otro: _____					<input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual				
(*) Para otros Asegurados Adicionales o Hijos Dependientes, por favor complete el formulario de Solicitud Complementaria.									

**SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA  
EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD**

<b>10. Esta sección debe ser completada para cada persona en todos los casos, con o sin examen médico</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Proporcione detalles para todas las respuestas afirmativas:</b>			
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"/>
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"/>
c) ¿Ha desarrollado o piensa hacer alguna actividad de aviación como piloto, estudiante o tripulante? (Complete form. B-1200-sp)		<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? (Complete form. B-1201-sp)		<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"/>
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"/>
g) ¿Dejó de fumar? Indique cuando: 1 <input type="checkbox"/> año 2 <input type="checkbox"/> años 3 <input type="checkbox"/> años 10 <input type="checkbox"/> años o más		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Tiene o ha tenido un cargo político? Explique:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ¿Está o ha estado en las Fuerzas Armadas? Explique:		<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"/>
k) ¿Tiene dificultades domésticas, personales o financieras? Explique:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ¿Ha participado alguna vez en algún pleito o riña armada? Indique cuándo: ¿Usted o un miembro de su familia han sido alguna vez víctimas de secuestro, amenazas o intento de asesinato o secuestro? Indique cuándo ¿Ha sido arrestado(a) alguna vez por delitos comunes o por motivos políticos? Indique cuándo:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ¿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"/>
n) ¿Ha sido o es actualmente alcohólico(a) o bebedor(a) habitual? Indique cantidad y frecuencia _____ ¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo? ¿Ha sufrido alguna vez "síndrome de abstinencia del alcohol" ("delirium tremens")?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Detalles a las respuestas afirmativas, identifique el numeral, nombre del propuesto asegurado y subraye el término correspondiente.**

<b>11. Seguro en vigencia para cada propuesto asegurado (Vida, Salud, Incapacidad, etc.) en cualquier compañía.</b>						<b>Reemplazo</b>	
Compañía de Seguros	N° de Poliza	Año de Emisión	Suma Asegurada	Mte. Accidental	Exención de Ded	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"/>
					<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"/>

<b>12. Dentro de los últimos 12 meses, cualquiera de los propuestos asegurados:</b>			
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 doce (12) meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Si la respuesta a cualquiera de los Incisos 12 a, b y c es afirmativa, no se deberá entregar ningún pago al Corredor de Seguros.**

**13. Instrucciones Especiales**

**SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA**

**ANTECEDENTES DE SALUD**

DATOS PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES			
<b>14a) PROPUESTO ASEGURADO PPAL.</b>	<b>b) Parentesco</b>	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte	
Estatura (Pies ó Cms)	Padre				
	Madre				
Peso (Kgs ó Lbs)	Hnos.				
	Hnas.				
<b>15. a) Nombre de su médico o del que haya consultado recientemente</b>		<b>b) Dirección Completa de su médico o del que haya consultado recientemente</b>		<b>c) Teléfono</b>	
<b>d) Correo Electrónico</b>		<b>e) Fecha y motivo de la última consulta</b>		<b>f) Tratamiento administrado o medicación</b>	

**16. 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	Sí		No		SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN	Sí		No	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	m) ¿Tiene 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"/>
b) ¿Trastornos de los oídos, nariz y garganta, disfonía persistente?	<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"/>
c) ¿Convulsiones, migraña severa, mareos, jaqueca, epilepsia, derrame o infarto cerebral, accidente cerebro vascular, aneurisma, parálisis, cuadriplejía, alteración mental o psicológica, o cualquier otro trastorno del cerebro?	<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"/>
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"/>	p) En los últimos cinco años, ¿ha estado hospitalizado por enfermedad, accidente o cirugía?	<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"/>	q) ¿Algún familiar inmediato ha sido diagnosticado y/o tratado por diabetes, cáncer, enfermedad cardíaca, mental, hipertensión arterial o insuficiencia renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Hepatitis, cirrosis, cálculos biliares, colecistitis, abscesos, colestectomía o cualquier otro trastorno del hígado?	<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"/>
g) ¿Hipertiroidismo, hipotiroidismo, bocio, diabetes mellitus tipo I o II, hipoglicemia, lesiones en páncreas, paratiroides, o cualquier trastorno del sistema endocrino?	<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"/>
h) ¿Cáncer, tumores benignos o malignos, quistes, trastornos de los ganglios o sistema linfático?	<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"/>
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"/>	u) <b>Para hombres mayores de 50 años solamente:</b> ¿Se ha efectuado un chequeo de próstata? ¿Se ha realizado una prueba de Antígeno Prostático Específico? Indique fecha(s), nombre del médico y resultados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ¿Presión arterial alta o baja, 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"/>	v) <b>Para mujeres solamente:</b> 1) ¿Trastornos del útero, ovarios, hemorragias, bultos en senos, quistes o cualquier otro trastorno ginecológico o de los senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	2) ¿Se ha realizado recientemente una mamografía, Papanicolaou o chequeo ginecológico? Indique fechas(s), nombre(s) del médico(s) y resultados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ¿Anemia, leucemia, hemofilia, flebitis, tromboflebitis, trombosis venosa o arterial o cualquier trastorno de la sangre, bazo o sistema vascular? ¿Recibió una transfusión de sangre? Indique fecha y circunstancias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) ¿Está embarazada? Indique cuántas semanas (o meses)?  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. 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	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o chequeos.	Nombre / dirección / email / teléfono de médicos / hospitales	Fechas

## SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

### 18. Endosos de la Aseguradora

El (los) Propuesto(s) Asegurado(s), Padre, Madre o Representante Legal (si el Propuesto Asegurado es menor de quince (15) años) y 1) el Solicitante, 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 Solicitante. 3) Si dentro de los sesenta (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 ésta Póliza de seguro. 6) Cualquier contrato que resulte de esta Solicitud será constituido de acuerdo con las leyes, donde ésta Solicitud fue firmada.

En cumplimiento con las disposiciones de la Ley de Prevención, Detención y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., a realizar la verificación y reportes que considere necesarios. En consecuencia renuncio a instaurar cualquier tipo de acción legal contra de Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A. Declaro bajo juramento que los valores entregados a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., provienen de actividades lícitas.

El que suscribe, Propuesto Solicitante manifiesta a su leal saber y entender que todas las declaraciones efectuadas por o con respecto a su persona, tanto como las hechas por los Propuesto(s) Asegurado(s) (o respecto a ellos) que se encuentran en este documento son completas y verídicas.

### 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.

### AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo 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 mi persona o sobre mi salud, o la de mis hijos menores para que divulgue esa información a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores con el objeto de evaluar mi solicitud para seguro de vida. **Un 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.

Asimismo autorizo a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores a efectuar un breve informe sobre mi información personal y protegida acerca de mi salud al MIB. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Convengo que ha recibido el Aviso acerca del Medical Information Bureau.

Entiendo que puedo ser entrevistado por un tercero, si la compañía solicita un informe de Inspección para seguro o investigación del consumidor con referencia a esta solicitud. Asimismo entiendo que la compañía puede solicitar que me someta a determinadas pruebas que incluyan, pero no se limiten a Análisis de Orina, Electrocardiogramas, Radiografías, Glucemia, Funciones Hepáticas y Renales, e infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humano VIH.

### FIRMAS

Firmado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Firma del Propuesto Asegurado Principal  
(Padre, madre o tutor, en caso de que sea menor de 15 años)

**X** \_\_\_\_\_

Aclaración de firma (nombre en letra de imprenta)

Firma del Propuesto Asegurado Adicional o Cónyuge  
(Padre, madre o tutor, en caso de que sea menor de 15 años)

**X** \_\_\_\_\_

Aclaración de firma (nombre en letra de imprenta)

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

**X** \_\_\_\_\_

Aclaración de firma (nombre en letra de imprenta)

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. Hasta donde es de mi conocimiento, esta transacción  implica  no implica un reemplazo de seguro.

Firma del Corredor de Seguros

**X** \_\_\_\_\_

Aclaración de firma (nombre en letra de imprenta)

Firma del Corredor de Seguros

**X** \_\_\_\_\_

Aclaración de firma (nombre en letra de imprenta)

**SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA**

**INFORME DEL CORREDOR 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**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Protección familiar      | <input type="checkbox"/> Jubilación                       | <input type="checkbox"/> Acuerdo de compraventa                     |
| <input type="checkbox"/> Continuación de ingresos | <input type="checkbox"/> Obsequio a familiares cercanos   | <input type="checkbox"/> Retroventa de Acciones (en caso de socios) |
| <input type="checkbox"/> Persona clave            | <input type="checkbox"/> Garantía de préstamo hipotecario | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                |
| <input type="checkbox"/> Bono para ejecutivos     | <input type="checkbox"/> Gastos de herencia y sucesión    | <input type="checkbox"/> 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) ¿Estan 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**

# SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

## RECIBO CONDICIONAL

**PAN-AMERICAN LIFE DE ECUADOR  
COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.**

ESTE RECIBO DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD A MENOS QUE SE HAYA RECIBIDO UN PAGO DE PRIMA CON LA SOLICITUD (en cuyo caso, queda en poder del Propuesto Asegurado)

Por la presente acusamos RECIBO de la suma de US\$ \_\_\_\_\_ en concepto de Prima por el Seguro o Seguros solicitado(s) sobre la vida de \_\_\_\_\_ para el (los) cual(es) se ha completado una solicitud de Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., en uno de sus formularios impresos que lleva la misma fecha que este Recibo, y que está sujeto a los términos y condiciones estipulados por la Compañía.

Fecha el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Corredor de Seguro

## CONVENIO DE SEGURO CONDICIONAL

El Asegurado:

El Propuesto Asegurado que aparece en la solicitud.

El Beneficiario:

Según la solicitud y autorizaciones adjuntas.

Monto de Seguro:

El veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada solicitada en la Solicitud, la cual es definida como la Suma Asegurada del plan básico más el convenio de seguro adicional sobre el asegurado principal, y las autorizaciones adjuntas, siempre y cuando la Suma Asegurada solicitada no exceda de US\$500,000, o la Suma Asegurada, la que resulte menor. Cuando la Suma Asegurada solicitada exceda los US\$500,000, no habrá ninguna cobertura de seguro condicional.

Incontestabilidad, Edad y Suicidio:

Este seguro condicional está sujeto a las mismas limitaciones y condiciones que se encuentran en la Póliza solicitada.

El Seguro Condicional caducará cuando ocurra la primera de las siguientes condiciones:

1. Pasar sesenta (60) días contados a partir de la fecha de la Solicitud; o
2. Aprobación o rechazo por parte de la Compañía de la Solicitud a la cual se adjunta este recibo.

El Seguro Condicional no entrará en vigor en caso de:

1. La falta por parte del Propuesto Asegurado de suministrar datos, muestras, pruebas, resultados de estudios o análisis, etc. a la Compañía;
2. La prima recibida junto con la Solicitud para cubrir las retenciones y deducciones resulta insuficiente (incluyendo aquéllas para riesgos subnormales si la salud del Propuesto Asegurado así lo requiere) aplicables al plan de seguro solicitado de acuerdo con la edad y salud de Propuesto Asegurado; o
3. Pagar la prima que acompañe la Solicitud con un cheque que no sea pagadero a "Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A."

Condiciones Esenciales para que exista Seguro Condicional:

1. El solicitante y el Propuesto Asegurado tienen que contestar negativamente las preguntas 12 a, b y c de la Solicitud;
2. En la fecha efectiva de la Solicitud, el Propuesto Asegurado tiene que haber sido aceptable como riesgo asegurable a tarifa normal en los términos y bajo las condiciones del plan de seguro solicitado, sin modificación alguna, de acuerdo con el reglamento y las prácticas de suscripción de riesgos de la Compañía;
3. Debe haber concordancia exacta entre (1) los nombres del(los) Propuesto(s) Asegurado(s), (2) la fecha, y (3) el número, como aparecen en la Solicitud y en este recibo;
4. Este recibo no puede haber sufrido alteración o modificación alguna; y
5. Que la prima haya sido pagada. Si el pago se hizo a través de cheque, el mismo haya sido cobrado sin contratiempo. Si el cheque no es pagado por el banco, esta condición será considerada como no cumplida.

Término Máximo del Seguro Condicional:

Sesenta (60) días a partir de la fecha de la Solicitud.

**PAN-AMERICAN LIFE DE ECUADOR  
COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.**

Quito: Av. República de El Salvador No. 10-82 y NN UU Piso 10-11 PBX (593) 2 2253 500.V

Guayaquil: Av. Miguel H. Alcívar y Nahin Isaias, Edificio Torres del Norte, Torre B Piso 5 Of. 508 PBX (593) 2 2687525.



**SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA**

**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 mi asegurabilidad es tratada en forma confidencial. Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A. 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 Crédito Imparcial de EE.UU. (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.

Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., 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 a quien presente un siniestro o solicite beneficios. Información adicional acerca del MIB puede obtenerse en la página web [www.mib.com](http://www.mib.com).

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

**NOTICE CONCERNING THE MEDICAL INFORMATION BUREAU**

Information concerning your insurability will be treated as confidential. Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., or its reinsurers may, however make a brief report thereon to the Medical Information Bureau, a non-profit organization of life insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its members. If you apply to another bureau member company for life insurance coverage, disability insurance coverage, or a claim for benefits is submitted to such a company, the Bureau, upon request will supply such company with the information in its file.

Upon receipt of a request form from you, the Bureau will arrange disclosure of any information it may have in your file. If you question the accuracy of information in the Bureau's files, you may contact the Bureau and seek a correction in accordance with the procedures set forth in the Federal Fair Credit Reporting Act. The address of the Bureau's information office is Post Office Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112, telephone number (617) 426-3660.

Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., or its reinsurers may also release information in its file to other life insurance companies to whom you may apply for life insurance, disability insurance, or to whom a claim for benefits may be submitted.