

Póliza nueva
 Adición de dependientes
 Cambio de plan
 Rehabilitación
 Conversión
 Número de Póliza

(Elegir uno de estos campos es obligatorio)

La información proporcionada en este formulario es confidencial para uso de la Compañía de Seguros Pan-American Life Honduras. Toda pregunta deberá ser contestada sin usar rayas, ni comillas y escritas de puño y letra, por el propuesto asegurado.

I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y CONYUGE

NOMBRE DEL SOLICITANTE 1er Apellido 2do Apellido Apellido Casada Nombres

Fecha de nacimiento Día/Mes/Año Edad Sexo M F Estatura (mts) Peso (lbs) Lugar de nacimiento Nacionalidad (es)

Número de identificación Tipo de identificación *(Elegir uno de estos campos es obligatorio)*
 Identidad Pasaporte Carnet de residencia Número de RTN

Dirección residencial Teléfono de residencia Fax

Celular Correo electrónico Escriba de nuevo su Correo electrónico

Profesión, ocupación, oficio o actividad económica Es usted el propietario de la empresa donde trabaja Si No

Nombre de la Empresa o Negocio donde trabaja (Indique si es profesional independiente) Naturaleza del (los) Negocio(s)

Dirección Municipio Departamento

Teléfono Fax Celular Correo electrónico Sitio web

Cargo que desempeña Antigüedad en la Empresa Propósito de la Póliza

Especifique detalladamente su fuente de ingresos

Elija el rango de su ingreso mensual en lempiras: De 0 - 30 Mil De 40 Mil - 60 Mil De 70 Mil - 100 Mil De 110 Mil - 200 Mil De 210 Mil - 500 Mil Más de 500 Mil

Ha desempeñado algún cargo público en los últimos cuatro (4) años: Si No Si su respuesta es sí favor describa la Institución _____ y el cargo desempeñado _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión Libre

Nombre completo del Cónyuge Número de identificación del Cónyuge Tipo de identificación

Nombre y Dirección completa de la Empresa donde labora el Cónyuge Naturaleza del(los) Negocio(s)

Ciudad Teléfono Fax Correo electrónico Sitio web

Profesión o cargo que desempeña Antigüedad en la Empresa Especifique detalladamente su fuente de ingresos

Enviar correspondencia y/o factura a: Trabajo Residencia Otro

Si las primas del seguro serán pagadas por una persona diferente al titular de esta póliza de seguro, complete la siguiente información: Sí No *(Elegir uno de estos campos es obligatorio)*

Nombre del pagador de las primas Número de Identidad Parentesco

Nombre de la Empresa o Negocio donde trabaja Es usted el propietario de la empresa donde trabaja Si No

Dirección Tel. Celular

Por concepto de reembolso de gastos médicos por este medio autorizo efectuar las transferencia a mi cuenta

Ahorro

Cheques

Banco

con número _____ que tengo suscrita con Banco _____, como concepto de reembolsos de gastos médicos

II- INFORMACIÓN DE FAMILIARES DEPENDIENTES

Tiene familiares dependientes, por favor marque Sí No (Elegir uno de estos campos es obligatorio)

Nombre y apellido	Correo electrónico
-------------------	--------------------

Ocupación	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Parentesco
-----------	------------	----------------	---------------------------------	--	------	------------

Nombre y apellido	Correo electrónico
-------------------	--------------------

Ocupación	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Parentesco
-----------	------------	----------------	---------------------------------	--	------	------------

Nombre y apellido	Correo electrónico
-------------------	--------------------

Ocupación	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Parentesco
-----------	------------	----------------	---------------------------------	--	------	------------

Nombre y apellido	Correo electrónico
-------------------	--------------------

Ocupación	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Parentesco
-----------	------------	----------------	---------------------------------	--	------	------------

Nombre y apellido	Correo electrónico
-------------------	--------------------

Ocupación	Peso (lbs)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Parentesco
-----------	------------	----------------	---------------------------------	--	------	------------

III - PLANES SOLICITADOS

COBERTURA BASICA

1. Planes Seguro Medico - PANAMEDIC PLUS

(Elegir uno de estos campos es obligatorio)

Plan Oro

Plan Plata

Plan Bronce

2. Plan Seguro de Vida

(Elegir uno de estos campos es obligatorio)

L. 100.000

L. 200.000

L. 300.000

L. 400.000

L. 500.000

OPCIONAL 3. Seguro Dental

(Elegir uno de estos campos es obligatorio)

Sí

No

IV- BENEFICIARIOS

En caso de ser aceptada a mi solicitud, nombro como beneficiarios de mi seguro de vida:

Tiene Beneficiarios para nombrar: Sí No (Elegir uno de estos campos es obligatorio)

Nombre completo

Número de identificación

Parentesco

Porcentaje

Nombre completo	Número de identificación	Parentesco	Porcentaje

V- RECLAMANTE SUSTITUTO

Existe reclamante sustituto: Sí No (Elegir uno de estos campos es obligatorio)

Nombre completo

Número de identificación

Parentesco

VI- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

1. ¿La cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente?

Sí No (Elegir uno de estos campos es obligatorio)

Certificado de Cobertura

En caso afirmativo, por favor adjunte una copia:

• 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 mantendrá otro seguro médico?

Sí No (Elegir uno de estos campos es obligatorio)

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Nombre de la Compañía

• Producto y Deducible

• Número de Póliza

3. ¿Alguna solicitud de seguro de gastos médicos, accidentes personales o vida ha sido negada, aceptada con restricciones o con una extraprima para alguno de los solicitantes?

Sí No (Elegir uno de estos campos es obligatorio)

(en caso afirmativo, favor explicar)

4. ¿Usted o algún solicitante ha solicitado seguro o ha sido asegurado por Pan-American Life de Honduras?

Sí No (Elegir uno de estos campos es obligatorio)

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Número de Solicitud/Póliza

• Tipo de producto

VII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido o padece?:

(La columna titular es obligatorio responderla)

	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3		Hijo 4	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿Infecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis u otros desórdenes neurológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (Continuación)

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido o padece?:

(La columna titular es obligatorio responderla)

	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3		Hijo 4	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
9. ¿Tumores benignos o cáncer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipofisis, suprenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incl uendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Síntomas o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas o utero incluyendo miomas, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Síntomas o signos de la piel incluyendo, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿VIH o SIDA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Usted o algún solicitante ha dado positivo a una prueba de COVID-19 o Alguna vez requirió o está actualmente bajo tratamiento médico, ha sido admitido en un hospital para recibir tratamiento para COVID-19? En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación, incluyendo la fecha del diagnóstico de COVID, el tipo de tratamiento, incluso si se trató en el hogar o si se tomaron medicamentos y las fechas de cualquier tratamiento hospitalario o admisión, así como cualquier signo o síntoma presente actualmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Usted o algún solicitante alguna vez ha presentado o actualmente presenta signos o síntomas posteriores a padecer de COVID, como, entre otros, problemas pulmonares (falta de aire, problemas respiratorios, etc.), problemas renales, hepáticos o cardíacos, cansancio o signos o síntomas neurológicos? En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Usted o algún solicitante ha recibido el esquema completo de vacunación para COVID-19? En caso afirmativo, proporcione los nombres de los vacunados fechas y detalles incluyendo cualquier reacción que haya tenido a la vacuna a continuación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles:

Sí No

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- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o médico tratante con quien se atiende regularmente?

Sí No (Elegir uno de estos campos es obligatorio) (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono

IX- EXAMENES MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico general o rutinario? Sí No (Elegir uno de estos campos es obligatorio)
(en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado (Si fue anormal, favor explicar)
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal

X- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿Alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente? Sí No Nombre del Solicitante

En caso afirmativo por favor indique el número de embarazos. Embarazos Parto natural Cesárea Abortos

b. ¿Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada? Sí No

Nombre del 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 No (en caso de ser afirmativo, indique los detalles):

XI- MEDICAMENTOS

¿Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo prolongado?

Sí No (en caso afirmativo, por favor explique):

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

XII- HÁBITOS

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

Sí No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Tipo	Cantidad por día	Consumo	Periodo
			<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:

XIII- HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria o algún otro padecimiento no mencionado en esta solicitud? **Sí** **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Familiar	Desorden

¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte peligroso o en el cual se ponga en peligro su integridad física? **Sí** **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

Nombre del Solicitante

¿Qué deporte practica?

XIV- DECLARACIONES

El propuesto asegurado declara lo siguiente:

En caso de ser aceptada mi solicitud que es la única base para la expedición del seguro a mi favor, declaro que las respuestas suministradas en esta solicitud son exactas y verídicas y que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en esa solicitud dará lugar a que Pan American Life de por cancelado el contrato de seguro o la negación del pago de algún reclamo tal como lo contemplan los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros, agencia de intercambio de información médica o cualquier organización, institución o persona que pueda tener información respecto a tratamientos, enfermedades o accidentes sufridos antes o después de la vigencia de esta póliza, así como el historial médico, consultas, recetas, placas de rayos X, resultados de exámenes de laboratorio y copias de informes médicos de hospital; o conocimiento sobre mi persona, la de mi cónyuge y/o hijos menores que se divulgue esa información a mis beneficiarios y a Pan American Life Insurance Company en Honduras, con el objeto de evaluar mi solicitud para seguro de vida y salud. Esta autorización se extiende más allá de mi fallecimiento en caso de que la información médica sea requerida por mis beneficiarios o la Compañía de seguros. Una copia auténtica de esta información será considerada tan efectiva y válida como el original.

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. Autorizo para que mi póliza, así como cualquier modificación, renovación e información relacionada a esta, me sea enviada por medio de comunicación digital.

Nombre del Asegurado Principal Firma del Asegurado Principal

Nombre del Propuesto Asegurado Cónyuge Firma del Propuesto Asegurado Cónyuge

Nombre del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años Firma del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años

Nombre del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años Firma del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años

Nombre del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años Firma del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años

Ciudad Fecha (Día/Mes/Año)

CONSENTIMIENTO PARA PAGO DE PRIMAS POR MEDIO DE TARJETA DE CREDITO

Sí **No**

Por este medio autorizo a Pan-American Life Insurance Company para que realicen los débitos de mi tarjeta de crédito/débito por el monto de la prima establecida:

Opción 1 Número de Tarjeta Vencimiento Día/Mes/Año Banco Emisor

Nombre del Tarjetahabiente Firma del Tarjetahabiente Titular

Marca de la Tarjeta: Visa Master Card American Express Dinners C Otros

Opción 2 Número de Tarjeta Vencimiento Día/Mes/Año Banco Emisor

Nombre del Tarjetahabiente Firma del Tarjetahabiente Titular

Marca de la Tarjeta: Visa Master Card American Express Dinners C Otros

XV - ANEXO A LA SOLICITUD DE SEGURO PANAMEDIC

I. ELEGIBILIDAD

Son elegibles a gozar de las coberturas de esta póliza, las personas que residen permanentemente doce meses al año en Honduras, sin incluir viajes de negocios y vacaciones. Todo asegurado Principal debe declarar y reportar a la compañía de seguros cualquier cambio en el estatus de sus dependientes que han sido incluidos para cobertura, dentro de los siguientes treinta (30) días a partir de la fecha que se llevó el cambio, así como también otra residencia activa vigente.

II. CONDICIONES PREEXISTENTES

Una condición preexistente es una enfermedad, lesión corporal o síntoma, las cuales existían con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado, o antes de un aumento o cambio de beneficios, que requieran la presentación de Pruebas de Asegurabilidad. Una condición preexistente se define como:

I. Enfermedad, lesión corporal o síntoma por las cuales el Asegurado, previo a su fecha efectiva de cobertura:

- Tuvo advertencia médica o consultó a un Médico.
- Recibió tratamiento médico y o quirúrgico, servicios o suministros.
- Se ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico.
- Tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas.

II. La presencia de signos y/o síntomas los cuales causarían a una persona normalmente prudente asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

IMPORTANTE: Toda condición preexistente deberá ser declarada en la Solicitud de Seguro. La declaración inexacta de preexistencias al momento de completar la solicitud de seguro, conlleva a la cancelación inmediata de la cobertura por parte de la Compañía.

III. BENEFICIO DE MATERNIDAD Y RECIÉN NACIDO

- En todos los planes los gastos de maternidad estarán cubiertos como cualquier otra incapacidad y se pagarán únicamente aquellos gastos incurridos después del duodécimo (12) mes de cobertura para la asegurada, o sea, a partir del primer día del décimo tercer mes.
- La cobertura de maternidad fuera del área de Centroamérica se pagará hasta un máximo de \$5,000 después de cubierto el deducible y la aplicación del coaseguro.
- La cobertura de Maternidad y Cuidados del Recién Nacido estarán cubierto de acuerdo a lo indicados en el Cuadro de Coberturas, se excluyen los gastos médicos incurridos por complicaciones de embarazos o de recién nacidos que resulten del uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.
- La cobertura de recién nacido por condiciones congénitas anormales, parto prematuro o enfermedad contraída antes de salir del hospital aplicará únicamente a los hijos nacidos dentro de la cobertura de la póliza, siempre y cuando el beneficio de Maternidad sea elegible.
- La Póliza ofrece cobertura al Recién Nacido de un embarazo cubierto por el beneficio de Maternidad, y que haya nacido durante la vigencia de la misma, la cobertura será efectiva a partir del primer (1º) día de nacido, siempre y cuando se haya reportado por escrito mediante el formulario de adición de familiares dependientes el nacimiento en un plazo que no excederá los treinta (30) días calendario posteriores a su ocurrencia. Asimismo, se deberá incluir con el formulario un informe reciente del pediatra del recién nacido indicando su sexo, estatura, peso, fecha de nacimiento y estado de salud.

IV. PRE-CERTIFICACION MÉDICA REQUERIDA PARA GASTOS MEDICOS LOCALES O INTERNACIONALES:

- La precertificación médica es una práctica aceptada en los países con alta experiencia en el manejo de planes hospitalarios que estamos seguros redundará en un beneficio para usted, evitándole las malas prácticas profesionales que pudiera existir en el área de salud.
- Todas las admisiones hospitalarias y procedimientos quirúrgicos electivos o programados y de exámenes especiales de diagnóstico no rutinario, de alto costo y que involucren alta tecnología, ya sea que requieran internamiento o no, se requerirá una precertificación médica de la compañía. Debe tramitar la precertificación médica con la dirección médica de la compañía con un mínimo de siete (7) días antes del procedimiento.
- Todas las admisiones de emergencia deben ser reportadas a la compañía dentro de los dos (2) días laborales siguientes a dicha admisión, aún cuando el paciente haya sido dado de alta. Si la Admisión es precertificada y el asegurado se queda hospitalizado por más días de los necesarios y permitidos en la precertificación, no se pagarán los cargos incurridos durante esos días adicionales, salvo recomendación médica y comunicada a la compañía.
- Adicionalmente, a criterio del Director Médico de la Compañía, se podrá o no requerir de una segunda opinión médica para cualquier procedimiento a través de sus médicos de segunda opinión local, sin costo alguno para el asegurado, el cual le permitirá confirmar el diagnóstico y el procedimiento que se deberá seguir para su recuperación.
- De no precertificar, los gastos médicos elegibles se cubrirán al 50% de lo razonable y acostumbrado del país donde recibe el servicio y sin aplicar el límite de coaseguro.

V. EXCLUSIONES DE LA POLIZA.

V.I. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS Y ADELANTO DEL SEGURO DE VIDA POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES:

No se pagará ningún beneficio de gastos médicos por los siguientes servicios o atención médica:

1. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de enfermedad o lesión que no sea:
 - a) Médicamente necesario o no tenga relación con el diagnóstico de base;
 - b) Indicado por un Médico;

XV - ANEXO A LA SOLICITUD DE SEGURO PANAMEDIC (CONTINUACIÓN)

- c) Prestado por un Médico licenciado o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica;
 - d) Aprobado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa, o de experimentación en seres humanos, o que este en el proceso de ensayo clínico y que no esté aprobado para la condición médica o diagnóstico específico que presenta el asegurado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) en caso de recibir tratamiento en Estados Unidos u cualquier otro país donde no haya sido emitida la póliza.
 - e) Aprobado por el Ministerio de Salud o quien haga sus veces. Esto incluye medicamentos, protocolos, procedimientos o recomendaciones médicas si el tratamiento es en el país donde se emitió la póliza.
2. Tratamiento dental, excepto el originado por causas accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al Accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión así:
 - a) Tratamiento por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales, y
 - b) Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada
 3. Cirugía plástica con fines puramente cosméticos, estéticos o reconstructivos, así como las complicaciones que deriven de las mismas, incluyendo cirugía nasal estética, modificación del tamaño de mamas sin justificación clínica, liposucción, lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra estética o cosmética, excepto en los casos siguientes:
 - a) Tratamiento de lesiones sufridas en un Accidente elegible bajo la Póliza, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después de tal Accidente; y,
 - b) Tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca de un embarazo cubierto bajo esta Póliza y que cumpla con lo estipulado en la elegibilidad del Recién Nacido, hasta la cantidad máxima establecida en el Cuadro de Coberturas.
 4. Todo tratamiento suministrado al Recién Nacido proveniente de una maternidad no cubierta en la póliza. Asimismo, no estarán cubiertos los gastos médicos incurridos por complicaciones de embarazos o de recién nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad
 5. Por terminación voluntaria de un embarazo, excepto cuando el mismo ponga en peligro la vida de la madre, o sea permitido legalmente.
 6. Ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debidos a Condiciones Preexistentes durante los primeros 12 meses de vigencia de la cobertura y a potestad de la Compañía, podrán ser reconocidos como gastos elegibles a reembolso si los gastos por estas condiciones preexistentes son incurridos después de 12 meses de vigencia de la cobertura, siempre y cuando dichas Condiciones Preexistentes hubieran sido declaradas en la Solicitud de Seguro y aceptadas por la Compañía, de lo contrario no tendrán cobertura.
 7. Todo Padecimiento Preexistente que no haya sido declarado en la Solicitud de Seguro o sea revelado de manera inexacta, con omisión o falsedad, facultará a la Compañía para dar por rescindido de pleno derecho el Seguro, aun y cuando dicha omisión o inexacta declaración no haya influido en la realización del reclamo médico.
 8. Gastos ocasionados por enfermedades mentales, trastornos nerviosos funcionales, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, desórdenes de conducta y aprendizaje, trastornos del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesia o hiperactivismo, terapia de lenguaje, cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas, o bien condiciones de tipo psicológico, psíquico o psiquiátrico a excepción de lo mencionado en el punto e) de tratamientos específicos detallados en esta Póliza.
 9. Tratamiento por Lesiones o Enfermedades causadas a sí mismo intencionalmente, entre otras el suicidio, suicidio fallido, ya sea estando en su juicio o privado de su capacidad mental, o causadas u ocasionadas por culpa grave del Asegurado por el uso de alcohol o uso de sustancias ilegales, o psicotrópicas, o por el uso de sustancias controladas o uso inapropiado de medicamentos o uso de drogas no prescritas médicamente, o bien prescritas, la conducta o actividad desarrollada que ocasiona el accidente o la Enfermedad, no es apropiada para dicha prescripción médica. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores, ya sea por su uso eventual o esporádico que origine una condición médica de un hecho específico como un Accidente o el inicio de una Enfermedad, o bien que igualmente sea ocasionada por un uso habitual y continuado de las sustancias o elementos químicos antes descritos, respecto de la cual pueda concluirse un diagnóstico de haberse originado por su adicción a las mismas.
 10. Gastos de Atención médica ocasionados por acciones de insurrección, guerra, huelgas, disturbios laborales paros, asonadas, hostilidades, acciones u operativos militares, invasión, actos de enemigo extranjero, guerra civil, revolución sedición, conspiración militar, actos de terrorismo, usurpación de poder, bombardeos, enfrentamientos armados, allanamientos, destrucción de moradas, sublevaciones, manifestaciones políticas, alborotos populares, rebelión o cualquier acción atribuible a éstos, participación en algún tumulto o en actos delictivos o ilegales.
 11. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al Asegurado Principal o Cónyuge como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, tales como fecundación in vitro, impotencia, infertilidad, y/o reversión de la esterilización previa.
 12. Tratamientos por medio de anticonceptivos con fines terapéuticos para control de natalidad, aborto inducido y cambio de sexo.
 13. Tratamientos quiroprácticos, homeopáticos o cualquier tipo de medicina alternativa.
 14. Gastos médicos ocasionados por cualquier tipo de corrección visual, tales como Queratotomías, Queratoconos, Láser por Miopía, Astigmatismo, Hipermetropía y Presbicia.
 15. Tratamientos o procedimientos médicos considerados experimentales sus derivaciones y sus complicaciones.
 16. Gastos por acupuntura y sus complicaciones.
 17. Medicamentos de venta libre que están clasificados en las farmacias como productos OTC (Over the Counter), o sea aquellos que son vendidos sobre el mostrador y que no requieren de receta o prescripción médica para su adquisición.
 18. Suplementos alimenticios y vitaminas, salvo aquellas que estén cubiertas por el beneficio de maternidad, de conformidad con esta Póliza.
 19. Vacunas, excepto lo indicado en esta Póliza.
 20. Servicios o suministros de uso común tales como bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, estuches para presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, evaporizadores y deshumedecedores.
 21. Tratamientos para corrección articular de la mandíbula, cirugía ortognática y cirugías maxilofaciales, excepto lo estipulado en el apartado de tratamientos específicos de esta Póliza.
 22. Tratamientos de alcoholismo, toxicomanía o adicción a drogas, narcóticos o alucinógenos. Así como las lesiones causadas mientras el asegurado se encuentre bajo el efecto de drogas, en estado de embriaguez, siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, médicas o legales, que los niveles de alcohol en la

XV - ANEXO A LA SOLICITUD DE SEGURO PANAMERIC (CONTINUACIÓN)

- sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, excepto en aquellos casos en los que el Asegurado viaje como pasajero de un vehículo.
23. Gastos médicos incurridos en cualquier país que se encuentra bajo embargo económico autorizado y reconocido por una organización de gobierno mundial o por el gobierno de los Estados Unidos, cuya lista de los países que se clasifican en esta categoría están a disposición en el sitio de internet: www.pmdt.state.gov/embargoed_countries/.
24. Tratamientos debidos a condiciones congénitas, a excepción de lo indicado en el Cuadro de Coberturas de esta Póliza.
25. En los planes con cobertura mundial no se cubrirán: i) Gastos médicos incurridos fuera de Centroamérica si el Asegurado no reside permanentemente al menos ciento ochenta (180) días del año calendario en Honduras; se exceptúan los días relacionado a viajes de negocios, trabajo o vacaciones. ii) Gastos médicos en el extranjero para hijos dependientes que viajen o residan en el extranjero, pero si contarán con cobertura en Honduras contratada mientras el Asegurado Titular de la póliza resida en Honduras iii) Gastos médicos incurridos en el extranjero por procedimientos médicos programados o electivos cuando estos sean incurridos con aquellos Proveedores con quienes la Compañía no tenga convenio al momento de incurrir en dichos gastos. Se exceptúan los casos de los gastos médicos incurridos por Emergencia Médica según se define en esta Póliza, siempre y cuando la Emergencia Médica hubiere ocurrido estando el Asegurado en el extranjero.
26. Todo gasto relacionado con hormonas de crecimiento.
27. Cualquier tratamiento relacionado con la obesidad, cirugía o programa para el control de peso, control dietético; desviación gástrica o procedimiento de reducción gástrica, cirugía bariátrica y sus complicaciones.
28. No se cubren complicaciones generadas por diagnósticos, procedimientos quirúrgicos o tratamientos médicos no cubiertos en la póliza.
29. Servicios médicos prestados en una institución gubernamental o en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, en la que el Asegurado tenga derecho a atención gratuita.
30. Servicios médicos prestados relacionados al tratamiento de epidemias y pandemias oficialmente declaradas por el Ministerio de Salud o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente, están excluidos por esta póliza. Esto incluye aquellos costos médicos relacionados con cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
31. Excedentes por encima de lo específicamente señalado como límite de cobertura en el Cuadro de Coberturas.
32. Tratamientos con fines de descanso y relajamiento, tales como curas de reposo, retiros, vacaciones.
33. Gastos hospitalarios o sanitarios no considerados necesarios para la atención de la salud o que no estén relacionados con el tratamiento como son: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas y cosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, seguros de caución (fianzas), dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de películas y discos de vídeo, televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía de bebé, paquete de recién nacido, perforación del lóbulo de la oreja y trámites del Registro Nacional de las Personas.
34. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.
35. Gastos médicos que se incurran mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente.
36. Los gastos médicos incurridos en Honduras que correspondan a la compra de medicamentos que no estén aprobados y disponibles para la venta en las farmacias de Honduras y que no cuentan con la aprobación del ministerio de salud. Esto mismo aplica para los planes que ofrecen cobertura fuera de Honduras, en el cual no habrá cobertura para los gastos médicos incurridos fuera de Honduras que correspondan a la compra de medicamentos que no estén aprobados y disponibles para la venta en las farmacias del país en donde se incurra en el gasto y que no cuentan con la aprobación del departamento de regulación y control de productos farmacéuticos en dicho país, con registro sanitario y aprobado por la FDA o la EMA
37. Tratamientos y procedimientos médicos realizados a través de alta tecnología nueva no disponible anteriormente en Honduras, que no hayan sido previamente autorizados por la Compañía. Dichos tratamientos deberán haber sido comprobados exitosamente en Honduras con más de tres (3) años de experiencia por médicos especialistas.
38. Desordenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y las enfermedades de Transmisión Sexual, excepto el VIH / SIDA para el cual ésta póliza otorga cobertura.
39. El tratamiento médico o quirúrgico por lesiones o condiciones médicas, sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del asegurado en la práctica profesional de deportes por la que reciba compensación económica, que constituya su mayor fuente de ingreso.
40. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición y/o tratamiento excluido por esta póliza.
41. Gastos relacionados a las complicaciones y/o secuelas directas o indirectas asociadas con los procedimientos o tratamientos de cualquiera de las exclusiones estipuladas en esta cláusula o aquellas relacionadas con una condición o tratamiento excluido por la póliza y/o reflejado en el certificado de cobertura.
42. Cargo de una ambulancia aérea, trasplante de órgano o tratamiento especializado o de alto costo que no haya sido Pre-certificado y coordinado con la Compañía.
43. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria u hospitalizaciones de más de veintitrés (23) horas previas a una cirugía programada.
44. Servicios médicos incluyendo confección de recetas proporcionados o indicados por el mismo Asegurado, por su cónyuge o por parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquiera otra persona que conviva con el Asegurado.
45. Suplementos alimenticios, a no ser que se requieran para darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado.
46. Almacenamiento de médula ósea, célula madre, sangre de cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto cuando esté estipulado bajo las coberturas de esta Póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas.
47. Tratamiento de Lesiones o Enfermedades y sus complicaciones y secuelas provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.

XVI - ANEXO A LA SOLICITUD DE SEGURO PANAMEDIC (CONTINUACIÓN)

48. Cuidados en el hogar prestados por personal no calificado o por personal doméstico, costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Compañía los apruebe expresamente.

49. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta Póliza.

50. Exámenes auditivos de rutina, dispositivos para la audición, exámenes oculares, anteojos, lentes de contacto, y/u otros procedimientos o dispositivos para corregir desórdenes de la refracción visual, quedando cubierto el lente intraocular, siempre que el padecimiento esté amparado por la Póliza, excepto aquellos gastos que se encuentren detallados en el Cuadro de Coberturas.

V.II. EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA, AYUDA DE SEPELIO Y REPATRIACION DE RESTOS MORTALES:

No se pagará la cobertura del seguro de vida si:

1. El fallecimiento del Asegurado Principal fuera a consecuencia de suicidio, ocurrido dentro de un período de dos (2) años siguientes a la fecha efectiva de esta Póliza, ya sea en estado de cordura o locura.

V.III. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE MUERTE Y DESMEMBRACION Y PERDIDA DE LA VISTA ACCIDENTALMENTE (MyDA):

No se pagará beneficio alguno por cualquier pérdida causada directa o indirectamente, parcial o totalmente por:

1. Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona.
2. Suicidio o tentativa de suicidio.
3. Lesión asestada a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o locura.
4. Insurrección o guerra, o cualquier acción atribuible a éstas.
5. Participación en algún tumulto; mientras se comete algún asalto o delito.
6. Conducir, viajar o descender de cualquier clase de aeronave si el asegurado es piloto, oficial o tripulante de tal aeronave o da o recibe clases de entrenamiento o instrucción o desempeña algún trabajo a bordo de tal aeronave, o que requiera el desembarque de ésta.
7. Enfermedad física o mental, o debido a algún tratamiento médico o quirúrgico o a diagnóstico de éstos.
8. Infección de ptomaínas o de bacterias (excepto infección piógena que ocurra simultáneamente de una cortada o herida accidental visible)
9. Tomar veneno o causarse asfixia por inhalar gas ya sea voluntaria o involuntariamente, a menos que ocurra con motivo de o en el curso del empleo del individuo.

No obstante cualquier estipulación en contrario contenida bajo el Beneficio de Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente de esta Póliza, queda expresamente acordado y convenido que la muerte, las lesiones o las consecuencias de éstas que el Asegurado pueda sufrir causadas por armas de fuego, objetos punzo cortantes o contundentes, o cualquier combinación de los mismos cualesquiera que sean las circunstancias en que ocurra la muerte, las lesiones o las consecuencias de éstas, no serán consideradas como Accidentes ni estarán cubiertos por el Beneficio de Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente que contiene esta Póliza, quedando específicamente excluida su cobertura.

Después de haber leído y comprendido lo anterior firmo de conformidad.

Nombre del Asegurado Principal

Firma del Asegurado Principal

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre del Propuesto Asegurado Cónyuge

Firma del Propuesto Asegurado Cónyuge

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años

Firma del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años

Nombre del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años

Firma del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años

Nombre del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años

Firma del Propuesto Asegurado hijo mayor de 18 años

Ciudad

Fecha (Día/Mes/Año)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre del Corredor

Firma del Corredor

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre del Broker

Firma del Broker

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

CÓDIGO

<input type="text"/>
