

SOLICITUD INDIVIDUAL/FAMILIAR, GASTOS MÉDICOS MAYORES Y ACCIDENTES PERSONALES

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. Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

LIVE UW #

Póliza nueva
 Adición de dependientes
 Cambio de plan
 Rehabilitación

I- CONTRATANTE (SI ES DIFERENTE AL SOLICITANTE PRINCIPAL)

Nombre o razón social	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		
Calle y número		
Colonia	Ciudad	
Estado	Código Postal	Años en este domicilio
RFC	CURP (Persona Física)	País de nacimiento
Nacionalidad	País de residencia	Actividad Económica
Teléfono domicilio	Celular	E-Mail

INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (SI ES DIFERENTE AL CONTRATANTE)

Domicilio		
Calle y número		
Colonia	Ciudad	
Estado	Código Postal	Años en este domicilio
RFC	CURP (Persona Física)	País de nacimiento
Nacionalidad	País de residencia	Actividad Económica
Teléfono domicilio	Celular	E-Mail

- ¿Actualmente usted o algún solicitante ha residido legalmente en el extranjero por más de 6 meses ininterumpidos durante un período de 365 días?
 Sí o No En caso afirmativo indique quién.
- ¿Usted y todos los solicitantes son residentes legales de México? Sí o No
- ¿Usted o algún solicitante tiene múltiple nacionalidad o pasaportes? Sí o No País:
- ¿En qué países están usted y los solicitantes del seguro, autorizados a residir de forma legal, permanente o temporalmente?
- Estoy de acuerdo en que en caso de aceptarse mi solicitud, la documentación contractual sea entregada en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente a través del correo electrónico proporcionado. Sí o No

II- INFORMACIÓN DEL (LOS) SOLICITANTE(S)

Nombre de solicitantes (Apellidos, Nombres)				Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Parentesco	Estado civil *	Sexo	Peso ○ lb ○ kgs	Estatura ○ Pulg ○ m
1	Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido		<i>Solicitante Principal</i>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
2	Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
3	Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
4	Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
5	Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
6	Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		

*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho)

III- PÓLIZA(S) SOLICITADA(S) GASTOS MÉDICOS.

Por favor seleccione un producto:

Pan-American AccesoMundial Pan-American AccesoPreferencial

Por favor seleccione un Plan de Deducible:

Plan I -MXN\$ 20,000 Plan II -MXN\$ 40,000 Plan III -MXN\$ 100,000 Plan IV -MXN\$ 200,000 Plan V -MXN\$ 400,000

Ponemos a su disposición un complemento de ACCIDENTES PERSONALES, el cual sirve para cubrir DEDUCIBLE POR ACCIDENTES en los productos de Acceso Mundial y Acceso Preferencial

SI, deseo obtener el complemento NO, deseo obtener el complemento

Pan-American WorldAccess Pan-American PreferredAccess

Por favor seleccione un Plan de Deducible:

Plan I -US\$1,000 Plan II -US\$2,000 Plan III -US\$5,000 Plan IV -US\$10,000 Plan V -US\$20,000

ACCIDENTES PERSONALES

Por favor seleccione el producto y el plan de acuerdo a la Suma Asegurada (Moneda Nacional) Individual Familiar

En caso de seleccionar "individual", indique el solicitante que contratará la cobertura:

Solicitante 1 Solicitante 2 Solicitante 3 Solicitante 4 Solicitante 5 Solicitante 6

Private Client Global Shield

Coberturas

A

B

C

Muerte Accidental +	MXN\$ 500,000	MXN\$ 1'000,000	MXN\$ 2'000,000
Pérdidas Orgánicas por Accidente	MXN\$ 500,000	MXN\$ 1'000,000	MXN\$ 2'000,000
Invalidez Total y Permanente	MXN\$ 500,000	MXN\$ 1'000,000	MXN\$ 2'000,000
Renta Diaria por Hospitalización	MXN\$ 1,200	MXN\$ 1,500	MXN\$ 2,000

Private Client Critical Illness Solutions

Coberturas

A

B

C

D

E

Enfermedades graves	MXN\$ 40,000	MXN\$ 80,000	MXN\$ 200,000	MXN\$ 400,000	MXN\$ 800,000
---------------------	--------------	--------------	---------------	---------------	---------------

+Tratándose de Dependientes menores de 12 años, aplicará la cobertura de Gastos Funerarios topado a 60 veces la Unidad de Cuenta de la Ciudad de México.

Los productos cuentan con exclusiones y limitantes, mismos que se pueden consultar en las condiciones generales disponibles en www.palig.com/mexico

¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte en forma profesional?

Sí No en caso afirmativo, indicar quién

Nombre del Solicitante

¿Qué deporte practica?

IV- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

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

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

- Certificado de Cobertura
- Recibo del último pago
- Nombre de la Compañía
- Producto y Deducible
- Número de Póliza

2. ¿Después que comience la cobertura, usted o alguno de sus dependientes tendrá otro seguro médico? Sí No

En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

- Nombre de la Compañía
- Producto y Deducible
- Número de Póliza

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

Sí No (en caso afirmativo, favor explicar)

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

Sí No En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

- Número de Solicitud/Póliza
- Tipo de producto

V - RECLAMANTE SUSTITUTO

Persona que podrá actuar a nombre y representación del Asegurado, cuando se demuestre mediante un dictamen médico verificado por la Compañía, que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado no puede reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada.

Nombre				Fecha de nacimiento	RFC con Homoclave
Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Día /Mes/Año	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VI- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o ha consultado a un especialista? Sí No
(en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VII- EXAMENES MÉDICOS

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

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

VIII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

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

	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4	Solicitante 5	Solicitante 6
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
1. ¿Enfermedades infectocontagiosas que hayan requerido atención especializada u hospitalización?	<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"/>
2. ¿Problemas de la audición, desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<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"/>
3. ¿Enfermedades o síntomas de depresión, desórdenes psiquiátricos, esquizofrenia, ansiedad, desórdenes alimenticios, convulsiones, migraña, parálisis, déficit de atención u otros desórdenes neurológicos?	<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"/>
4. ¿Enfermedades o síntomas respiratorios, alergias, asma, bronquitis, neumonía, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis u otra condición pulmonar?	<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"/>
5. ¿Enfermedades o síntomas relacionados con el corazón y/o el sistema circulatorio, arritmia, taquicardia, colesterol o triglicéridos fuera de rango, trombosis, embolias, aneurismas, presión arterial alta, várices o alguna otra condición del sistema cardiovascular?	<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"/>
6. ¿Enfermedades o síntomas relacionados con el esófago, el hígado, el estómago, el páncreas, las vías biliares, la vesícula, los intestinos, colón, hemorroides, hepatitis o alguna otra condición del sistema digestivo?	<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"/>
7. ¿Enfermedades o síntomas de los riñones o tracto urinario, litiasis renal, insuficiencia renal, infecciones de repetición, sangrado en orina, incontinencia, dificultad para orinar, entre otros?	<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"/>
8. ¿Enfermedades o síntomas relacionados con desórdenes musculares o esqueléticos como: de la columna vertebral, rodillas, hombros, esguinces, osteoporosis, artritis, gota, cartílagos o ligamentos, fracturas y/o cuenta con material de osteosíntesis (fijación, prótesis, etc.) entre otros?	<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"/>
9. ¿Enfermedades o síntomas relacionados con tumores, cáncer, pólipos, lipomas, quistes, nódulos, o condiciones precancerosas, entre otros?	<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. ¿Enfermedades o síntomas relacionados con desórdenes de la sangre, anemias, leucemia, linfomas, trastornos de la coagulación o alguna otra condición hematológica?	<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. ¿Enfermedades o síntomas endocrinológicos o metabólicos, hormonales, desórdenes de la tiroides, o diabetes?	<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. ¿Enfermedades o síntomas de la próstata?	<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 o síntomas relacionados con infecciones de transmisión sexual o del aparato reproductor?	<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"/>

VIII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

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

	Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4		Solicitante 5		Solicitante 6	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
14. ¿Enfermedades o síntomas de las mamas, ovarios, útero, tales como mastopatía fibroquística, fibroadenomas, nódulos, tumoraciones, ovarios poliquísticos, miomas, leiomiomas, displasia cervical, endometriosis, embarazo de alto riesgo, embarazo ectópico entre otras condiciones ginecológicas u obstétricas?	<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. ¿Enfermedades, síntomas o cambios en la piel?	<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 o síntomas congénitos, hereditarios o autoinmunes, lupus, artritis reumatoide, púrpura, esclerosis múltiple, espondilitis aquilosa, fibromialgia o alguna otra condición inmunológica?	<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. ¿Diagnosticado con VIH (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"/>

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

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del Médico	

IX- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

Si algunas de las preguntas en la página 3 fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles.

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

X- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. Si alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente, por favor indique el número de Embarazos, Parto natural, Cesárea y Abortos:

Embarazos Parto natural Cesárea Abortos

b. Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada? Nombre 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 que debe tomar algún medicamento?

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

Solicitante	Nombre del medicamento	Motivo	Cantidad y frecuencia	Período
				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	Período
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:

XIII- HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, o enfermedad congénita o hereditaria? Sí No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Familiar	Desorden

XIV- IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

EXCLUSIVO PARA PERSONAS FÍSICAS

- Sí** **No** Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado 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?	Describe el puesto
---------	--------------------

- Sí** **No** ¿Actúa en nombre y cuenta propia? En caso negativo: Anexe el nombre y datos generales del tercero por el que actúa:

--

EXCLUSIVO PARA PERSONAS MORALES

INFORMACIÓN GENERAL DEL APODERADO LEGAL (Sólo en caso de ser diferente al solicitante principal)

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno:
Domicilio		
Calle y número		
Colonia	Ciudad	
Estado	Código Postal	Años en este domicilio
RFC	CURP (Persona Física)	
Nacionalidad	País de residencia	Ocupación o Profesión/Actividad o Giro
Teléfono domicilio	Celular	E-Mail

XV- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Advertencia: 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. Lo anterior porque 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 que se hiciera 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.”

En caso de tener más de un beneficiario favor de anexar en un documento aparte la información y porcentajes designados.

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno:
Domicilio (Solo en caso de ser diferente al del contratante y/o solicitante principal)		
Calle y número		
Colonia	Ciudad	
Estado	Código Postal	Años en este domicilio
RFC	CURP (Persona Física)	
Nacionalidad	País de residencia	Ocupación o Profesión/Actividad o Giro
Teléfono domicilio	Celular	E-Mail

XVI- RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DEL ÁREA DE COBERTURA. (LEERLO ANTES DE , FIRMAR)

Entiendo y acepto que:

1. Autorizo a Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.: (en adelante “Pan-American México” o la “Compañía”) a requerir información adicional de médicos, hospitales y proveedores de cuidados de salud para determinar la elegibilidad de los solicitantes y de los reclamos a ser presentados.
2. Los términos y condiciones de los seguros por los cuales estoy declarando estarán especificados en la(s) Póliza(s) que expedirá Pan-American México si mi declaración es aprobada.

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro entiendo que debo declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozco o debo conocer al momento de firmar. La omisión o inexacta declaración de estos datos facultará a Pan-American México para considerar rescindido de pleno derecho el (los) seguro(s) aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

La información proporcionada en este formulario tendrá una vigencia de treinta (30) días a partir de la fecha en que fue proporcionada.

Con la firma de la presente solicitud, entiendo que la información que obtenga el Agente será transferida a Pan-American México y quedará protegida por el derecho a la protección de datos personales y será tratada por Pan-American México conforme a su Aviso de Privacidad. Reconozco que Pan-American México ha hecho de mi conocimiento el contenido del Aviso de Privacidad el cual se encuentra disponible en www.palig.com/mexico.

Por lo anterior, otorgo de manera expresa mi consentimiento a Pan-American México para el tratamiento y transferencia de los datos personales.

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 a cualquier médico, proveedor de cuidados de salud, hospital, clínica, compañía de seguros, agencias 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 proporcione información a los representantes de Pan-American México.

Entiendo y acepto que para el caso de que esta solicitud se refiera a la contratación de un seguro de gastos médicos mayores, el mismo estará sujeto a la siguiente área geográfica de cobertura: En el ámbito nacional e internacional, con la salvedad que este seguro no tendrá cobertura en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal tuvieren interrumpidas o suspendidas sus relaciones comerciales, como son los casos de los países que de tiempo en tiempo aparecen en los programas de sanción de OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América. Dicha lista de países podrá ser consultada en la siguiente liga de internet. https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/SDN-List/Pages/sdn_data.aspx.

Para tratamientos en Estados Unidos de América y el beneficio de Trasplante de Órganos, el tratamiento debe ser recibido dentro de los Proveedores Preferidos.

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

Firma del Asegurado Principal

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado Principal:

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

Firma del Contratante (en caso de ser diferente al Asegurado)

Fecha

Otorgo mi consentimiento para que los datos personales asentados puedan ser utilizados para las finalidades secundarias mencionadas en el Aviso de Privacidad de la compañía.

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

Firma del Asegurado Principal

Fecha

XVII- RECONOCIMIENTO DEL AGENTE O APODERADO

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar a Pan-American México esta solicitud y todas las primas cobradas. Como agente, declaro que me identifiqué y realicé una entrevista personal para recabar los datos aquí asentados y proporcioné información precisa y documentación conforme a la legislación aplicable.

Declaro que expliqué de manera objetiva las condiciones y evalué las necesidades de protección a partir de un análisis de perfil y aversión al riesgo.

Hago constar que las copias de los documentos entregados a Pan-American México coinciden con el original que se tuvo a la vista.

Acepto la completa responsabilidad por entregar a Pan-American México esta solicitud debidamente requisitada y, en su caso entregar al Asegurado Principal la póliza que en su caso, sea emitida, las condiciones generales y el recibo expedido por Pan-American México.

Desconozco de alguna condición que no haya sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la asegurabilidad y apreciación de riesgo de los solicitantes.

--	--	--

Firma del Agente

Nombre del Agente en letra de molde

Clave del Agente

XVIII - INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PAGO

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral (Se requiere cargo automático con tarjeta de crédito)

Cargo Automático: Tarjeta de Crédito AMEX Tarjeta de Débito Cargo a cuenta de cheques

Directo: Cheque Transferencia

CLABE o Número de Tarjeta

	BANCO:
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código de Seguridad:

Fecha de Vencimiento:

Fecha de cargo automático (día del mes):

Opción de segunda tarjeta:

CLABE o Número de Tarjeta

	BANCO:
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código de Seguridad:

Fecha de Vencimiento:

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, previo conocimiento acerca del incremento a las tarifas que realice la Compañía. 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 Seguro, los efectos del mismo (la cobertura) podrán cesar sin responsabilidad alguna para Pan-American México.

--	--

Nombre del Tarjetahabiente o Cuentahabiente

Firma

El Contratante declara que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, las Coberturas, Exclusiones, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere esta Solicitud en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. El producto cuenta con exclusiones y limitantes mismas que se pueden consultar en las condiciones generales disponibles en la página www.palig.com/mexico.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 4 de Octubre, con el número CGEN-S0119-0144-2017/CONDUSEF-G-00917-001.

AVISO DE PRIVACIDAD DE PAN-AMERICAN MÉXICO

I. Identidad y domicilio del responsable

Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (denominada en lo sucesivo como la "Compañía"), es una Institución de Seguros autorizada para operar como tal por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y constituida de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, con domicilio en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Colonia Juárez Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06600 en la Ciudad de México. La Compañía es responsable del tratamiento de sus datos personales recabados directamente con motivo de la relación jurídica con Usted, a través de nuestros Agentes de Seguros o a través de cualesquier encargado o tercero que deba remitir o transfiera a la Compañía sus datos personales para el debido cumplimiento de sus obligaciones. Lo anterior, ya sea mediante formatos impresos, vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología.

II. Datos Personales que se tratarán

Las categorías de datos personales que la Compañía podrá solicitar y utilizar para los fines de los servicios que presta, son los siguientes: datos de identificación y género; datos de contacto y domicilio; datos respecto de su ocupación; datos financieros; datos sobre formación académica; datos de tránsito y migratorios, así como datos sobre asuntos administrativos y judiciales. Asimismo, dependiendo del tipo de seguro, serán utilizados los datos relativos a las siguientes categorías de Datos Sensibles: datos sobre su estado de salud; características y hábitos personales y características físicas.

III. Finalidades PRIMARIAS del tratamiento

Los datos personales antes indicados serán tratados para las siguientes finalidades: Para su debida identificación; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección del riesgo a cubrir o para su inclusión como asegurado en los Seguros Colectivos; para la determinación de la prima y deducible aplicable al seguro solicitado; para determinar el tipo de cobertura que requiere; para la emisión, mantenimiento, administración y renovación de la Póliza de seguro a través de nuestra red de comercialización; para la atención de siniestros, el trámite y pago de reclamaciones de seguro; para contactar a sus familiares en caso de emergencia; para pedir referencias, hacer consultas, investigaciones y revisiones en relación con los siniestros y cualquier queja y/o reclamación; para proporcionar el servicio derivado de la(s) póliza(s) de seguro(s) a través de la red de proveedores de la Compañía; para prevención de fraudes y detección de operaciones con recursos de procedencia ilícita; para estudios estadísticos, así como para el cumplimiento de las obligaciones y ejercicio de derechos de la Compañía establecidas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y demás legislación de la materia.

IV. Finalidades SECUNDARIAS del tratamiento

Sus datos personales podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o para fines mercadológicos y de prospección comercial, tanto por parte de la Compañía como por los socios comerciales que ofrezcan servicios complementarios o relacionados con los seguros que ofrece la Compañía siempre que otorgue su consentimiento para dicho fin en términos de lo señalado en la fracción XIV del artículo 294 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

V. Transferencias de datos personales

La Compañía le informa que efectuará la transferencia de sus datos personales a terceros, para las finalidades PRIMARIAS descritas en el presente Aviso. En este sentido, las transferencias que realizará la Compañía se harán a proveedores de servicios (para los fines de la prestación del servicio, atención de siniestros, administración de la póliza), Agentes de Seguros y red de comercialización (para la emisión, mantenimiento, renovación y demás servicios relacionados con la póliza), Autoridades regulatorias, gubernamentales y judiciales (para el cumplimiento de las normas aplicables, estudios estadísticos, prevención y detección de operaciones con recursos de procedencia ilícita), a otras Instituciones de Seguros y a las Asociaciones de Instituciones de Seguros (para fines de suscripción, investigaciones, pago de indemnizaciones y prevención de fraudes).

Asimismo, la Compañía podrá transferir sus datos personales a terceros para las finalidades SECUNDARIAS previstas en el presente Aviso, para lo cual entenderemos que Usted otorga su consentimiento tácito, si no manifiesta su inconformidad con dicha transferencia al momento en que se dé a conocer el Aviso de Privacidad, cuando los datos son recabados de manera directa o personal, o bien, mediante mensaje de correo electrónico dirigido al Oficial de Privacidad de la Compañía.

Para el caso en que la Compañía llegará a efectuar una transferencia de datos personales financieros o sensibles para finalidades SECUNDARIAS o para cualquier otra no incluida en el presente Aviso, la Compañía lo hará de su conocimiento recabando en su caso su consentimiento expreso o por escrito, según se requiera.

VI. Medios para el ejercicio de derechos "ARCO"

Usted puede solicitar a la Compañía, directamente o a través de algún representante, mediante el envío al Oficial de Privacidad del formato denominado "Ejercicio de derechos ARCO" (el cual podrá descargar en la siguiente dirección electrónica: www.palig.com/mexico o solicitarlo en nuestras oficinas), acompañado de la documentación que en el mismo se precisa: el Acceso, la Rectificación o la Cancelación de los datos personales de los cuales es titular, así como oponerse a su tratamiento.

El ejercicio de los derechos ARCO le permite a Usted solicitar a la Compañía lo siguiente:

i) Acceso - El titular de los datos personales podrá solicitar que le hagamos saber los datos personales que son tratados por la Compañía. Sus datos podrán ser proporcionados por la Compañía a través de copias simples impresas o por medios electrónicos.

ii) Rectificación - El titular podrá solicitar a la Compañía la rectificación de uno más de sus datos personales, para lo cual deberá proporcionar las constancias documentales que acrediten la procedencia de la rectificación.

iii) Oposición - El titular de los datos personales se puede oponer al tratamiento de sus datos para una determinada finalidad, para lo cual deberá considerar que el tratamiento de las finalidades PRIMARIAS es indispensable para el cumplimiento de las obligaciones de la Compañía derivadas del contrato de seguro y de las leyes que lo regulan.

iv) Cancelación - El titular de los datos personales podrá solicitar que se cancelen sus datos personales tratados por la Compañía, siempre y cuando dichos datos ya no sean utilizados para la relación establecida con el titular y no requieran ser tratados por la Compañía por un tiempo mínimo por disposición de la Ley. Se deberá considerar para el ejercicio de este derecho, que la Compañía no podrá cancelar los datos personales sino hasta que las leyes a las que se encuentra sujeta lo permitan, en su caso. El ejercicio de sus derechos ARCO es gratuito; no obstante, la Compañía podrá solicitarle al titular el pago únicamente de los gastos justificados de envío o costos de reproducción de la información que solicite.

Una vez presentada su solicitud bajo el formato y con la documentación completa requerida, la Compañía le comunicará al titular, dentro de los 20 (veinte) días siguientes como máximo, la determinación adoptada por la Compañía, a efecto de que, en caso de resultar procedente, se haga efectiva dentro de los 15 (quince) días siguientes a la fecha en que sea comunicada la respuesta.

VII. Medios para limitar el uso y divulgación de los datos personales

Toda vez que el tratamiento de sus datos personales es indispensable para todas las actividades y obligaciones inherentes al Contrato de Seguro y para el cumplimiento de las disposiciones legales a que la Compañía se encuentra sujeta, no es posible limitar el tratamiento que la Compañía da a los mismos, respecto a las finalidades PRIMARIAS establecidas en el presente Aviso.

No obstante lo anterior, para limitar el uso y divulgación de sus datos personales para las finalidades SECUNDARIAS establecidas en el presente Aviso, Usted deberá comunicarlo mediante correo electrónico dirigido al Oficial de Privacidad de la Compañía a la dirección privacidad.mx@palig.com

Cuando sus datos personales los recabemos a través de medios electrónicos (Internet), la Compañía podrá extraer la información que considere necesaria de manera automática, para fines estadísticos y de prospección comercial.

VIII. Revocación del consentimiento

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales, mediante el envío de correo electrónico dirigido al Oficial de Privacidad de la Compañía, en el entendido de que el mismo dará lugar a la terminación de nuestros servicios y de la relación jurídica que en su caso Usted mantenga con la Compañía; esto es, la cancelación del Contrato de Seguro.

IX. Limitación al uso de sus Datos Personales

A fin de limitar el uso de sus datos personales para las Finalidades Secundarias del tratamiento de sus datos personales, usted podrá solicitar la inclusión de sus datos dentro de los listados de exclusión que lleve la Compañía para tal efecto. La Compañía ha implementado medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas para proteger sus datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizado y que cualquier tercero que realiza el tratamiento de los datos respete el presente Aviso de Privacidad.

X. Medidas de Seguridad

La Compañía ha implementado medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas para proteger sus datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizado y que cualquier tercero que realiza el tratamiento de los datos respete el presente Aviso de Privacidad.

XI. Medios para comunicar el Aviso de Privacidad y sus modificaciones

El presente Aviso de Privacidad, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.palig.com/mexico y en comunicados colocados en nuestras oficinas, sin perjuicio de que puedan ser informados a Usted adicionalmente por cualquier otro medio de comunicación.

XII. Datos del Oficial de Privacidad de la Compañía

- EMAIL: privacidad.mx@palig.com
- DIRECCIÓN: Av.Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Colonia Juárez Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, Código Postal 06600.

Fecha de la última actualización: 30 de Junio 2017



Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc 06600 Ciudad de México.
Teléfono: (52 55) 5047-2544

Para acceso a la Unidad Especializada de la Compañía:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 04 y Larga Distancia sin costo 01800 212 5598

De lunes a jueves de 9:00 a 17:00 horas y viernes de 9:00 a 14:00 horas.

Correo Electrónico: une@palig.com;

Página Web: palig.com/mexico

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, Ciudad de México

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, lo puede hacer en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México. C.P 03100 o en cualquiera de sus delegaciones regionales o metropolitanas, puede llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT): 01 800 999 80 80, desde cualquier parte del país, y (52 55) 53 400999, para la Ciudad de México o mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. Usted también puede consultar su página de internet en www.condusef.gob.mx/index.php