

SEGURO INDIVIDUAL AYUDA ALIMENTARIA SOLICITUD DE SEGURO

Nombre completo del Asegurado: _____

Con el presente documento solicito mi inscripción y manifiesto mi conformidad para ser inscrito según la siguiente información:

1. Nombre completo: _____
2. Tipo de identificación: D.N.I ☐ Pasaporte ☐ Carnet de residencia ☐ Numero de RTN ☐ Número de Identificación _____
3. Dirección residencial completa _____ Municipio _____ Departamento _____
4. Teléfono: _____
5. Fecha de nacimiento: ____/____/____
6. Nacionalidad (es): _____
7. Edad: ____ años
8. Estado civil: _____
9. Sexo: M ☐ F ☐
10. Estatura: _____ (metros) y Peso: _____ (libras)
11. Ocupación actual o profesión: _____
12. Monto aproximado de ingreso mensual: _____
13. Procedencia de los recursos: _____
14. Lugar de trabajo y dirección: _____ Teléfono _____
15. **Designo como Beneficiario Irrevocable a:** _____
 hasta por el importe total de la deuda adquirida con dicha institución y el saldo del remanente si los hubiere, se pagará a:

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	D.N.I	%

16. Coberturas:

Cobertura:	Suma Asegurada
Muerte del Asegurado por cualquier causa	

DETALLE DE LA PRIMA

17. PRUEBA DE ASEGURABILIDAD (DECLARACION DE SALUD):

PADECE O HA PADECIDO DE:	Si	No		Si	No
Enfermedades del corazón, Presión Arterial alta o baja, Mareos, Palpitaciones o dificultad para respirar			Enfermedades del Riñón, de la Vejiga u órganos genitales		
Diabetes Mellitus, Trastornos Endócrinos o cualquier enfermedad del Páncreas			Enfermedades Transmisión sexual incluyendo Sífilis		
Enfermedades del aparato respiratorio, Tuberculosis, Asma o Tos Crónica, Ulceras o sangrados.			Epilepsia o Convulsiones		
Trastornos de la Tiroides, Dislipidemia, Enfermedades del Hígado o Vesícula Biliar			Cáncer, Tumores o crecimientos anormales incluyendo quistes		
SIDA o infección por VIH			Otras enfermedades no mencionadas:		

Para toda respuesta afirmativa, favor proporcionar detalles de padecimiento, fechas, tratamiento recibido, estado actual, etc): _____

18. ¿Tiene alguna deformidad, amputación o defecto físico? SI ☐ NO ☐ Detalles: _____
19. ¿Fuma o ha fumado? SI ☐ NO ☐ Frecuencia diaria? _____ (fecha dejó de fumar): _____
20. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☐ Con qué frecuencia y qué clase? _____

“Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL SSE No.14/30- 08-2016”.

“Texto adecuado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.19/12-07-2023”.

21. ¿Se encuentra embarazada?(En caso de ser mujer) SI ☐ NO ☐ Meses de Gestación: _____
22. ¿Ha estado en tratamiento con algún médico, hospital o clínica? SI ☐ NO ☐ (Caso afirmativo dar detalles): _____
23. ¿Viaja en Aeronaves de uso privado, es piloto Aviador o estudiante de Piloto? SI ☐ NO ☐ horas al año y tipo de Nave?: _____
24. Practica alguna actividad/deporte considerado como peligroso/extremo? SI ☐ NO ☐ (tipo y frecuencia): _____

Doy fe que reconozco que la presente solicitud y los datos proporcionados en ella serán considerados como parte base del Contrato de Seguro y acepto las Condiciones de la Póliza correspondiente. Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y completos. Autorizo a cualquier médico, hospital o clínica que me haya atendido para que revele a la Compañía de Seguros cualquier dato o información que ésta requiera para la evaluación de mi solicitud.

Extendido en: _____ a los _____ días del mes de _____ del _____

Firma del Asegurado

Firma y sello de Pan American Life Insurance Company