

FORMULARIO DE SOLICITUD SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL/FAMILIAR

NO. RECAS: CGEN-S0119-0068-2019/CONDUSEF-G-01106-001

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución 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.

No. Live UW (Suscripción en Vivo):

☐ Póliza Nueva ☐ Adición de Dependiente ☐ Cambio de Plan ☐ Rehabilitación

I. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE (SI ES DIFERENTE AL ASEGURADO PRINCIPAL)

Nombre(s) o Razón Social

Apellido Paterno

Apellido Materno

Domicilio Calle y Número

Colonia

Ciudad

Estado

Código Postal

Años en ese domicilio

RFC

CURP (Persona Física)

País de Nacimiento

Nacionalidad

País de Residencia

Actividad Económica

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL (SI ES DIFERENTE AL CONTRATANTE)

Domicilio Calle y Número

Colonia

Ciudad

Estado

Código Postal

Años en ese domicilio

RFC

CURP (Persona Física)

País de Nacimiento

Nacionalidad

País de Residencia

Actividad Económica

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

1. ¿Actualmente usted o algún Asegurado ha residido legalmente en el extranjero por más de 6 meses ininterrumpidos durante un período de 365 días?

☐ No ☐ Sí. Favor de indicar quién:

2. ¿Usted y todos los Asegurados son residentes legales de México?

☐ Sí ☐ No

3. ¿Usted o algún Asegurado tiene múltiple nacionalidad o pasaportes?

☐ No ☐ Sí. Favor de indicar país (es):

4. ¿En qué países están usted y los Asegurados del seguro, autorizados a residir de forma legal, permanente o temporalmente?

5. 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 ☐ No

II. INFORMACIÓN DE ASEGURADO(S)

Asegurado #1 (Asegurado Principal)

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)

Parentesco

Estado Civil(*)

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer

Peso

☐ Libras ☐ Kilogramos

Estatura

☐ Pulgadas ☐ Metros

Asegurado #2

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)

Parentesco

Estado Civil(*)

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer

Peso

☐ Libras ☐ Kilogramos

Estatura

☐ Pulgadas ☐ Metros

Asegurado #3

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)

Parentesco

Estado Civil(*)

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer

Peso

☐ Libras ☐ Kilogramos

Estatura

☐ Pulgadas ☐ Metros

Asegurado #4

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer

Apellido Paterno

Parentesco

Peso

☐ Libras ☐ Kilogramos

Apellido Materno

Estado Civil(*)

Estatura

☐ Pulgadas ☐ Metros

Asegurado #5

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer

Apellido Paterno

Parentesco

Peso

☐ Libras ☐ Kilogramos

Apellido Materno

Estado Civil(*)

Estatura

☐ Pulgadas ☐ Metros

Asegurado #6

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer

Apellido Paterno

Parentesco

Peso

☐ Libras ☐ Kilogramos

Apellido Materno

Estado Civil(*)

Estatura

☐ Pulgadas ☐ Metros

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

III. PÓLIZA(S) SOLICITADA(S) DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

Favor de seleccionar un producto:

☐ Pan-American Acceso Mundial ☐ Pan-American Acceso Preferencial

Favor de seleccionar 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.

☐ Sí, deseo obtener el complemento. ☐ No deseo obtener el complemento.

Favor de seleccionar un producto:

☐ Pan-American World Access (*Acceso Mundial*) ☐ Pan-American Preferred Access (*Acceso Preferencial*)

Favor de seleccionar un Plan de Deducible:

☐ Plan I (USD \$1,000) ☐ Plan II (USD \$2,000) ☐ Plan III (USD \$5,000)

☐ Plan IV (USD \$10,000) ☐ Plan V (USD \$20,000)

ACCIDENTES PERSONALES

Favor de seleccionar el producto y el Plan de acuerdo con la Suma Asegurada (Moneda Nacional):

☐ Individual ☐ Familiar

En caso de haber seleccionado Individual, favor de indicar el Asegurado que contratará la cobertura:

☐ Asegurado #1 ☐ Asegurado #2 ☐ Asegurado #3 ☐ Asegurado #4 ☐ Asegurado #5
☐ Asegurado #6
☐ Private Client Global Shield

Coberturas

☐ Opción A

☐ Opción B

☐ Opción C

Muerte Accidental(*)	USD \$500,000	USD \$1'000,000	USD \$2'000,000
Pérdidas Orgánicas por Accidente	USD \$500,000	USD \$1'000,000	USD \$2'000,000
Invalidez Total y Permanente	USD \$500,000	USD \$1'000,000	USD \$2'000,000
Renta Diaria por Hospitalización	USD \$1,200	USD \$1,500	USD \$2,000

(*) Tratándose de Asegurados menores de 12 años, aplicará la cobertura de Reembolso de Gastos Funerarios topado a 60 veces la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

☐ Private Client Critical Illness Solutions

Coberturas

☐ Opción A

☐ Opción B

☐ Opción C

☐ Opción D

☐ Opción E

Enfermedades Graves USD \$40,000 USD \$80,000 USD \$200,000 USD \$400,000 USD \$800,000

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

☐ No ☐ Sí. Favor de indicar quién:

¿Qué deporte practica?

IV. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

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

☐ No ☐ Sí. Favor de adjuntar una copia del Certificado de Cobertura y del Recibo del último pago.

Nombre de la Institución de Seguros:

Producto y Deducible:

Número de Póliza:

2. Después que comience la cobertura, ¿usted o alguno de sus Dependientes tendrá otro seguro médico?

☐ No ☐ Sí. Favor de indicar la siguiente información:

Nombre de la Institución de Seguros:

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 Asegurados?

☐ No ☐ Sí. Favor de explicar:

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

☐ No ☐ Sí. Favor de indicar la siguiente información:

Número de Solicitud o Póliza:

Tipo de producto:

V. RECLAMANTE SUSTITUTO

Persona designada como tal por el Asegurado Principal, para que en nombre y representación del Asegurado Principal lleve a cabo la reclamación de los derechos adquiridos por la cobertura de la Póliza contratada, en caso de que se demuestre mediante un dictamen médico verificado por la Compañía, que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado Principal no puede llevar a cabo dicha reclamación directamente

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)	Parentesco	RFC

VI. INFORMACIÓN DE MÉDICOS

¿Alguno de los Asegurados tiene un médico de cabecera o ha consultado a un especialista?

☐ No ☐ Sí. Favor de indicar la siguiente información:

Nombre del Asegurado	Nombre del Médico	Especialidad	Número de Teléfono

VII. EXÁMENES MÉDICOS

¿Alguno de los Asegurados ha tenido un examen pediátrico, ginecológico general o rutinario?

☐ No ☐ Sí. Favor de indicar la siguiente información:

Nombre del Asegurado

Tipo de Examen

Fecha

Resultado

(En caso de Anormal, favor de explicar.)

☐ Normal ☐ Anormal

☐ Normal ☐ Anormal

☐ Normal ☐ Anormal

VIII. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Favor de indicar si alguno de los Asegurados ha padecido o padece cualquiera de las siguientes enfermedades o síntomas.

Asegurados

	#1	#2	#3	#4	#5	#6
1. Enfermedades infectocontagiosas que hayan requerido atención especializada u hospitalización.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
2. Problemas de la audición, desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
3. Enfermedades o síntomas de depresión, desórdenes psiquiátricos, esquizofrenia, ansiedad, desórdenes alimenticios, convulsiones, migraña, parálisis, déficit de atención u otros desórdenes neurológicos.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
4. Enfermedades o síntomas respiratorios, alergias, asma, bronquitis, neumonía, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis u otra condición pulmonar.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
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.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
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.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
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.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
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.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Asegurados

	#1	#2	#3	#4	#5	#6
9. Enfermedades o síntomas relacionados con tumores, cáncer, pólipos, lipomas, quistes, nódulos, o condiciones precancerosas, entre otros.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
10. Enfermedades o síntomas relacionados con desórdenes de la sangre, anemias, leucemia, linfomas, trastornos de la coagulación o alguna otra condición hematológica.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
11. Enfermedades o síntomas endocrinológicos o metabólicos, hormonales, desórdenes de la tiroides, o diabetes.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
12. Enfermedades o síntomas de la próstata.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
13. Enfermedades o síntomas relacionados con infecciones de transmisión sexual o del aparato reproductor.	☐ 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.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
15. Enfermedades, síntomas o cambios en la piel.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
16. Enfermedades o síntomas congénitos, hereditarios o autoinmunes, lupus, artritis reumatoide, púrpura, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante, fibromialgia o alguna otra condición inmunológica.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
17. Diagnóstico positivo de VIH/SIDA.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
18. Bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
19. Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de Morton, pies planos o alguna otra alteración.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
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.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores fue afirmativa, favor de proporcionar la siguiente información.

Pregunta No.	Nombre del Asegurado	Condición	Período
			Desde
			Hasta
Tratamiento y Resultados		Información del Médico	

Pregunta No.	Nombre del Asegurado	Condición	Período
			Desde
			Hasta
Tratamiento y Resultados		Información del Médico	

Pregunta No.	Nombre del Asegurado	Condición	Período
			Desde
			Hasta
Tratamiento y Resultados		Información del Médico	

Pregunta No.	Nombre del Asegurado	Condición	Período
			Desde
			Hasta
Tratamiento y Resultados		Información del Médico	

IX. CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

1. Si alguna Asegurada ha estado embarazada anteriormente, favor de indicar el número de Embarazos, Parto natural, Cesárea y Abortos.

Embarazos Parto natural Cesárea Abortos

2. ¿Alguna Asegurada se encuentra actualmente embarazada?

☐ No ☐ Sí. Favor de indicar quién:

Fecha probable de parto (DD/MM/AA)

3. ¿Alguna Asegurada tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como, por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones perinatales?

☐ No ☐ Sí. Favor de explicar :

X. MEDICAMENTOS

¿Alguno de los Asegurados está tomando o le han indicado que debe tomar algún medicamento?

☐ No ☐ Sí. Favor de explicar :

Nombre del Asegurado	Medicamento	Motivo	Cantidad y Frecuencia	Período
				Desde
				Hasta
				Desde
				Hasta
				Desde
				Hasta

XI. HÁBITOS

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

☐ Sí. Favor de explicar : ☐ No

Nombre del Asegurado	Tipo	Cantidad Diaria	Consumo	Período
			☐ Previo	Desde
			☐ Actual	Hasta
			☐ Previo	Desde
			☐ Actual	Hasta
			☐ Previo	Desde
			☐ Actual	Hasta

XII. HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los Asegurados tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, o enfermedad congénita o hereditaria?

☐ Sí. Favor de explicar : ☐ No

Nombre del Asegurado	Nombre del Familiar	Desorden

XIII. IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

EXCLUSIVO PERSONAS FÍSICAS

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.

☐ Sí. Favor de explicar : ☐ No

¿Quién? Puesto

¿Actúa en nombre y cuenta propia? En caso negativo: Anexe el nombre y datos generales del tercero por el que actúa.

☐ Sí. ☐ No. Favor de indicar nombre y datos generales del tercero

EXCLUSIVO PERSONAS MORALES

Información general del Apoderado Legal (en caso de ser diferente al Asegurado Principal).

Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Domicilio
Calle y Número

Colonia Ciudad

Estado	Código Postal	Años en ese domicilio
RFC	CURP (Persona Física)	País de Nacimiento
Nacionalidad	País de Residencia	Actividad Económica
Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico

XIV. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Domicilio Calle y Número		
Colonia	Ciudad	
Estado	Código Postal	Años en ese domicilio
RFC	CURP (Persona Física)	País de Nacimiento
Nacionalidad	País de Residencia	Fecha de Nacimiento
Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico

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

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.

XV. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DEL ÁREA DE COBERTURA (LEER 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 Asegurados 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 Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, disponibles en la página de internet <https://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx> o en cualquiera que la sustituya.

Nombre del Asegurado Principal propuesto

Firma del Asegurado Principal

Fecha

Firma del Contratante

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.

Firma del Asegurado Principal

Fecha

XVI. RECONOCIMIENTO DE 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 Asegurados.

Nombre del Agente con letra de molde

Firma del Agente

Clave del Agente

XVII. INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Forma de Pago

☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral (se requiere cargo automático con tarjeta de crédito)

Cargo Automático

☐ Tarjeta de Crédito ☐ American Express ☐ Tarjeta de Débito ☐ Cargo a Cuenta de Cheques

Directo

☐ Cheque ☐ Transferencia Bancaria

CLABE (18 dígitos)

Banco

Número de Tarjeta (16 dígitos)

Código de Seguridad (3 dígitos)

Fecha de Vencimiento (MM/AA)

Banco

American Express

Número de Tarjeta (15 dígitos)

Código de Seguridad (4 dígitos)

Fecha de Vencimiento (MM/AA)

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/Cuentahabiente

Firma del Tarjetahabiente/Cuentahabiente

Fecha

El Contratante declara que le fue entregado y 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.

Los preceptos legales citados en la presente Solicitud de Seguro pueden ser consultados en la página de Internet de la Compañía: www.palig.com/mexico.

Para atención de la Compañía:

Centro de Contacto
Ciudad de México y Área Metropolitana: +52 (55) 5047 2544
Interior de la República: 800 212 5577
Horario: lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas

Oficinas de la Compañía
Dirección: Av. Paseo de la Reforma #412, Suite 1501, Col. Juárez,
C.P. 06600, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México
Horario: lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas

Para acceso a la Unidad Especializada de la Compañía:

Centro de Contacto
Ciudad de México y Área Metropolitana: +52 (55) 5047 2504
Interior de la República: 800 212 5598
Horario: lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 14:30 horas
Correo Electrónico: une@palig.com

Oficinas de la Unidad Especializada
Dirección: Av. Paseo de la Reforma #412, Suite 1501, Col. Juárez,
C.P. 06600, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México
Horario: lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas

Para atención de la CONDUSEF:

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, puede hacerlo en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o en sus delegaciones locales; en el Centro de Atención Telefónica con número de teléfono (55) 5340 0999 para la Ciudad de México y Zona Metropolitana, y 800 999 8080 para el resto del país; o mediante correo electrónico a la dirección asesoria@condusef.gob.mx. También puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx>.

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 30 de julio de 2019, con el número CGEN-S0119-0068-2019.

XVIII. AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL

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.

I. 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.

II. 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.

III. 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.

IV. 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.

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:

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.

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.

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.

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.

VI. 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.

VII. 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.

VIII. 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.

IX. 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.

X. 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.

XI. 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