



### Beneficiarios para Seguro de Vida y Anexos (En caso su póliza considere un seguro de Vida)

Nombres Completos: _____				
1° Apellido	2° Apellido	1° Nombre	2° Nombre	
Cédula de Identidad	Fecha de nacimiento:			Edad: _____
Parentesco: _____	Porcentaje % : _____			
Nombres Completos: _____				
1° Apellido	2° Apellido	1° Nombre	2° Nombre	
Cédula de Identidad	Fecha de nacimiento:			Edad: _____
Parentesco: _____	Porcentaje % : _____			
Nombres Completos: _____				
1° Apellido	2° Apellido	1° Nombre	2° Nombre	
Cédula de Identidad	Fecha de nacimiento:			Edad: _____
Parentesco: _____	Porcentaje % : _____			
Nombres Completos: _____				
1° Apellido	2° Apellido	1° Nombre	2° Nombre	
Cédula de Identidad	Fecha de nacimiento:			Edad: _____
Parentesco: _____	Porcentaje % : _____			

### Datos para Pago de Siniestros

Banco	N° de Cuenta
Correo electrónico para notificaciones de transferencias	Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente

Por la presente solicito a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A. la protección de Seguro por la cantidad y condiciones por las cuales soy elegible bajo el Contrato de Seguro emitido a mi favor o al de mi Empleador y/o Contratante. Autorizo a éste para que haga la deducción de mi salario, de la cantidad requerida, si la hubiere, para cubrir mi cuenta de primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para dicha deducción, en cualquier tiempo mediante aviso escrito al mismo y cumpliendo las políticas de la Compañía de Seguros.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma Empleado \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTES

¿Ha tenido el propuesto Asegurado o sus familiares dependientes, alguna de las siguientes enfermedades diagnosticadas? Marque SI o NO con su puño y letra a cada una de las preguntas sobre las enfermedades que se detallan en el cuadro a continuación. Si su respuesta es afirmativa llene toda la información solicitada.

- 1 ¿Ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades: Infecciones - condiciones de los ojos, oídos, nariz o garganta - depresión, condiciones psiquiátricas, epilepsia, migraña, parálisis, u otras condiciones neurológicas - alergias, asma, bronquitis, tuberculosis u otras condiciones pulmonares o respiratorias - condiciones del corazón, arritmia, hipertensión arterial, aneurisma, trombosis, venas varicosas, flebitis, fiebre reumática, colesterol o triglicéridos elevados - condiciones del esófago, estómago, intestino, páncreas, hígado, hepatitis, colitis, pólipos, divertículos u otras condiciones de vesícula, recto, ano o sistema digestivo - condiciones de los riñones o del tracto urinario, pielonefritis, pus o sangre en la orina, cálculo, insuficiencia renal o cualquier otra condición de riñones, uréter, vejiga y/o uretra - condiciones de la columna vertebral, espalda, hernias discales, artritis, gota u otras condiciones de los músculos, huesos o articulaciones incluyendo condiciones de los pies - tumores benignos o cáncer - anemia, leucemia, linfoma, trastornos de la coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otras condiciones de la sangre - diabetes, hipoglicemia, hiperglicemia, síndrome metabólico, condiciones de la tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales o cualquier otra condición hormonal o endocrino metabólica - condiciones de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, varicocele o hidrocele - condiciones de las mamas incluyendo mama fibroquística, nódulos, adenoma, quistes o condiciones del sistema reproductor femenino - enfermedades de transmisión sexual - condiciones de la piel incluyendo psoriasis - enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune - HIV o SIDA. Cualquier otra enfermedad o condición médica, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente?

SI

NO

Nombre del asegurado o dependiente que padece la enfermedad	Fecha de diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento o procedimiento realizado	Nombre del lugar del tratamiento (Clínica u Hospital)

- 2 ¿Está tomando o le han indicado que debe tomar algún medicamento? SI  NO

Nombre del asegurado o dependiente que toma el medicamento	Nombre del medicamento	Motivo	Cantidad y frecuencia	Periodo	
				Desde	Hasta

- 3 ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilícitas? SI  NO

Nombre del asegurado o dependiente que declara	Tipo	Cantidad por día	Consumo previo o actual	Periodo	
				Desde	Hasta


**4** Llenar el siguiente cuadro si ha estado o está actualmente embarazada (aplica solo para titulares o dependientes cónyuges, unión libre ó conviviente legal).

Nombre de la asegurada o dependiente cónyuge	Indique el número de embarazos, parto normal, cesárea y abortos que ha tenido	¿Se encuentra actualmente embarazada? Indique fecha del probable parto	¿Tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como partos prematuros, diabetes gestacional, preclampsia, complicaciones perinatales?

**5** ¿Padece de alguna discapacidad? De ser afirmativo, se requiere junto con esta solicitud, copia del certificado que acredite la calificación

Nombre del asegurado o dependiente que padece la discapacidad	Tipo de Discapacidad

**6** ¿Ha solicitado o posee actualmente algún tipo de seguro de asistencia médica o contrato de medicina prepagada en otra Compañía? SI  NO

Si la respuesta es afirmativa indique el nombre de la Compañía de Seguros o Empresa de Medicina Prepagada \_\_\_\_\_

¿Posee algún tipo de seguro con Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A.? SI  NO

Si la respuesta es afirmativa indique que producto o número de póliza \_\_\_\_\_

Certifico que las respuestas dadas son completas, correctas y verídicas y convengo que ellas (juntamente con los formularios requeridos forman parte de mi solicitud para Seguro Corporativo; además, convengo en que el seguro que se emita no entrará en vigor a menos que en la fecha de este, mi salud sea la misma que se describe en este documento y que en ningún momento el Seguro entrará en vigor en otra forma que no sea la establecida en dicha Póliza o Pólizas de Seguro Corporativo. Por este medio autorizo a cualquier médico que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo tiempo autorizo a cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la Compañía de Seguros y renuncio a la índole reservada de toda información, adquirida en cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo; y doy permiso a cualquier persona para que dé testimonio de dichos asuntos.

Fecha:

Firma Empleado \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su Reglamento, y la demás normativa relacionada o vinculante (Ley aplicable), en calidad de TITULAR DE LOS DATOS de mis datos personales, DECLARO que he sido informado por Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros S.A., en adelante EL RESPONSABLE, de lo siguiente:

1. De la inclusión de mis datos personales en una base de datos,
2. Que los fines de recolección y tratamiento, son el mantenimiento de la relación contractual o de aseguramiento, y en general el ofrecimiento de servicios y productos comercializados por EL RESPONSABLE, incluyendo información estadística, financiera, y administrativa.
3. Que la autorización de tratamiento incluye datos sensibles, relacionados con o necesarios para la ejecución del contrato de seguro. Para estos efectos, EL RESPONSABLE observará lo previsto en la ley aplicable.
4. Que EL RESPONSABLE será el destinatario de la información, así como las empresas que hacen parte de Pan American Life Insurance Group, quienes podrán consultar, transferir, compartir, solicitar y procesar dicha información, garantizando adecuadas condiciones de conservación, seguridad y confidencialidad para proteger los Datos Personales del TITULAR DE LOS DATOS.
5. Que el tratamiento que se dará a mis datos incluirá su recolección, acceso, registro, modificación, consulta, almacenamiento, conservación y transferencia.
6. Que puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación, oposición, portabilidad, suspensión del tratamiento, no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas, contemplados en la Ley de protección de Datos personales, por medio de solicitud escrita remitida al correo electrónico [privacy@palig.com](mailto:privacy@palig.com) o en las oficinas de Pan- American Life de Ecuador, en la Av. República de El Salvador 1082 y NN.UU. Edif. Mansión Blanca, Torre Londres, Piso11 en la ciudad de Quito, Ecuador.
7. Al firmar este documento acepto que el ejercicio de tales derechos no impide el tratamiento de los datos por parte del RESPONSABLE, si dicho tratamiento se fundamenta en el ejercicio de una obligación legal o de un derecho u obligación derivada de la relación contractual o precontractual.
8. Que mis datos podrán ser transferidos a: A) Agentes, brokers, intermediarios de seguros, en el marco de una relación contractual o pre-contractual. B). Entidades de salud (en el marco de reclamos que se formulen, compañías de asistencia. C) Entidades bancarias o financieras, nacionales o internacionales, en caso de que se requieran o soliciten servicios bancarios o financieros de ellas, como el reembolso o pago de cualquier suma de dinero, derivada de un siniestro. D) Entidades públicas, en cumplimiento de obligaciones legales o por requerimiento expreso de una autoridad competente.
9. A la firma de este documento, autorizo el envío de comunicaciones comerciales por cualquier medio tecnológico disponible suministrado en calidad de TITULAR DE LOS DATOS.
10. Al firmar este documento, autorizo al RESPONSABLE a consultar mis datos personales, que se encuentren disponibles para consulta en cualquier base de datos pública o privada, para los efectos antes indicados.

Firma del Titular de los Datos:

Nombre del Titular de los Datos:

Documento de identificación:

Fecha: