

## PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES

### IMPORTANTE:

Toda pregunta deberá ser contestada sin usar rayas ni comillas, escritas de puño y letra por el empleado. La información proporcionada en este formulario es confidencial para uso de la Compañía de Seguros. La sección A de este formulario debe ser ejecutada por el Empleado y la Sección B por el Patrono. El formulario totalmente llenado, juntamente con la tarjeta de inscripción, debe enviarse al Departamento de Seguro Colectivo de la Compañía de Seguros.

### SECCION A - INFORME DEL EMPLEADO PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS

- 1.-  Nombre del Empleado \_\_\_\_\_  

ter Apellido
2do Apellido
1er Nombre
2do Nombre
- 2.-  Dirección del Empleado \_\_\_\_\_  

Ciudad
Pais
- 3.-  Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  

Día Mes Año
Ciudad Pais
- 4.-  Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_
- 5.-  Nombre de sus familiares dependientes (si desea cobertura de Gastos Médicos para ellos).

NOMBRES COMPLETOS	FECHA DE NACIMIENTO			PESO	ESTATURA
	DIA	MES	AÑO		
Cónyuge:					
Hijos:					

- 6.-  ¿ha tenido el Empleado o sus familiares Dependientes alguna de las siguientes enfermedades? Si su respuesta es afirmativa, indique el nombre de la persona a quien se la aplica ( Empleado o Familiar Dependiente).

	Empleado Asegurado		Familiar Dependiente		NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA Para la cual es afirmativa la respuesta
	SI	NO	SI	NO	
a) <input type="checkbox"/> ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?					
<input type="checkbox"/> ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia?					
<input type="checkbox"/> ¿falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectora sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis?					
<input type="checkbox"/> ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión Arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas?					
<input type="checkbox"/> ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diversiculitis, hemorroides, indigestión recurrente, o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula?					
<input type="checkbox"/> ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, páncreas hernia, trastorno urinario, del recto y órganos reproductivos?					
g) <input type="checkbox"/> ¿Diabetes, tiroides y otro trastorno endocrinológico?					
h) <input type="checkbox"/> ¿Neuritis ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?					
<input type="checkbox"/> ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal?					
<input type="checkbox"/> ¿Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer					
k) <input type="checkbox"/> ¿Alergias, anemia, o cualquier otro trastorno de la sangre?					
l) <input type="checkbox"/> ¿Trastorno del sistema inmune?					
<input type="checkbox"/> ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?					
<input type="checkbox"/> APLICA SOLAMENTE A MUJERES n) <input type="checkbox"/> ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?					
<input type="checkbox"/> ¿Se encuentra actualmente embarazada? ¿si se encuentra, favor de indicar la fecha en que se espera el alumbramiento?					

7.-  Información adicional aplicable al Empleado y sus Familiares Dependientes, que durante los últimos 5 años hayan efectuado o tenido lo siguiente:

	Empleado Asegurado		Familiar Dependiente		NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA Para la cual es afirmativa la respuesta
	SI	NO	SI	NO	
a) <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?	SI	NO	SI	NO	
b) <input type="checkbox"/> ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento?	SI	NO	SI	NO	
c) <input type="checkbox"/> ¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos x o cualquier otro examen para diagnóstico?	SI	NO	SI	NO	
d) <input type="checkbox"/> ¿Ha consultado algún médico o le han recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no haya sido realizado?	SI	NO	SI	NO	
e) <input type="checkbox"/> ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	SI	NO	
f) <input type="checkbox"/> ¿Se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?	SI	NO	SI	NO	
g) <input type="checkbox"/> ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga?	SI	NO	SI	NO	
h) <input type="checkbox"/> ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?	SI	NO	SI	NO	

Si cualquiera de las respuestas 6 y 7 son afirmativas, de detalle a continuación.

PREGUNTA No.	PERSONA AFECTADA	DOLENCIA O TRATAMIENTO	FECHA	NOMBRE DEL MEDICO	HOSPITAL	DURACION

8.-  Indique el nombre y dirección de los médicos que atienden a la familia

\_\_\_\_\_

9.-  ¿Ha estado alguna vez asegurado con alguna Póliza Colectiva? SI  NO

En caso afirmativo, de el nombre del Patrono y la fecha del seguro \_\_\_\_\_

Por la presente solicito a **SEGUROS PANAMERICANA, S.A.**, la protección de Seguro Colectivo por la cantidad y formas por las cuales soy o llegaré a ser elegible, bajo el contrato de Seguro Colectivo de mi patrono.

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 exactitud en esta solicitud dará lugar a que **SEGUROS PANAMERICANA, S.A.**, de por cancelado el contrato de seguro o la negación del pago de algún reclamo tal y como lo contempla el Artículo 880 y 908 del Código de Comercio.

**AUTORIZACION MEDICA:** Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica u otra organización o persona que me haya prestado servicios de salud, para que suministre a **SEGUROS PANAMERICANA, S.A.**, cualquier información respecto a tratamientos, enfermedades o accidentes sufridos por mi y mis familiares dependientes, antes o después de la vigencia de esta Póliza, así como historial médico, consultas, recetas, placas de rayos x, resultados de exámenes de laboratorio y copias de todos los informes médicos o de hospital. Una copia auténtica de esta información será considerada tan efectiva y válida como el original.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FORMA DEL CONYUGE \_\_\_\_\_

### SECCION B - INFORME DEL PATRONO O CONTRATANTE PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Las siguientes preguntad debe contestarlas el PATRONO O CONTRATANTE.

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha en la que fue empleado \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

¿Ha estado el empleado ausente del trabajo por cualquier motivo durante los últimos tres meses? \_\_\_\_\_ ( En caso afirmativo complete o siguiente).

Ausente del trabajo del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_  
Representante del Patrono

#### (PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS PANAMERICANA)

Solicitud denegada  Solicitud aprobada   
 Fecha denegada: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_  
 Firma denegada: \_\_\_\_\_ Firma aprobada: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_