

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 _____
1er Apellido _____ 2do Apellido _____ 1er Nombre _____ 2do Nombre _____
- 2.- Dirección del Empleado _____
Ciudad _____ País _____
- 3.- Fecha de nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Día _____ Mes _____ Año _____ Ciudad _____ País _____
- 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) ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	SI	NO	SI	NO	
b) ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia?	SI	NO	SI	NO	
c) ¿falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectora sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresia, enfisema, tuberculosis?	SI	NO	SI	NO	
d) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión Arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas?	SI	NO	SI	NO	
e) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diversiculitis, hemorroides, indigestión recurrente, o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula?	SI	NO	SI	NO	
f) ¿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?	SI	NO	SI	NO	
g) ¿Diabetes, tiroides y otro trastorno endocrinológico?	SI	NO	SI	NO	
h) ¿Neuritis ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	SI	NO	
i) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal?	SI	NO	SI	NO	
j) ¿Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer	SI	NO	SI	NO	
k) ¿Alergias, anemia, o cualquier otro trastorno de la sangre?	SI	NO	SI	NO	
l) ¿Trastorno del sistema inmune?	SI	NO	SI	NO	
m) ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	SI	NO	SI	NO	
n) APLICA SOLAMENTE A MUJERES ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?	SI	NO	SI	NO	
ñ) ¿Se encuentra actualmente embarazada? ¿si se encuentra, favor de indicar la fecha en que se espera el alumbramiento?	SI	NO	SI	NO	

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) ¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?	SI	NO	SI	NO	
b) ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento?	SI	NO	SI	NO	
c) ¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos x o cualquier otro examen para diagnóstico?	SI	NO	SI	NO	
d) ¿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) ¿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) ¿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) ¿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) ¿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 PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA, 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 PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA, 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 PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA, 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 _____
 Mes Día 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 PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA)

Solicitud denegada Solicitud aprobada
 Fecha denegada: _____ Fecha efectiva: _____
 Firma denegada: _____ Firma aprobada: _____

OBSERVACIONES: _____
