

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. Las secciones I - VI deben ser ejecutadas por el empleado y la sección VII por el Patrono. El formulario totalmente llenado, junto con la tarjeta de inscripción, deben enviarse al Departamento de Seguro Colectivo de la Compañía de Seguros.

I- INFORMACIÓN SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO, EMPLEADO

Nombre			
Dirección Residencial			Ciudad
País	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Lugar de Nacimiento Ciudad/ País	
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Peso <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	Estatura <input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts	Estado Civil

II- INFORMACIÓN DE SUS DEPENDIENTES QUE DESEAN COBERTURA

	Parentesco	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Peso <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	Estatura <input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts
Nombre completo				

¿Tiene usted o su familia seguros de salud colectivo o individual? Si lo tiene, indicarlo a continuación.

Nombre (Asegurado / Dependiente)	Póliza		Compañía de seguros	No. de Póliza
	COL.	INDIV.		

¿Les ha sido alguna vez negado o pospuesto algún seguro de vida o de salud o se le ha ofrecido una Póliza diferente a la que ahora solicitan? Sí o No

¿Han estado alguna vez asegurados con alguna Póliza Colectiva? Sí o No

En caso de ser afirmativo, dé el nombre del Patrono y la fecha del seguro

III- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o ha consultado a un especialista? Sí o No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono

IV- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido o padece?:

	Propuesto Asegurado Principal		Dependiente(s)	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis, desmayos, mareos u otros desórdenes neurológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, soplo, circulatorios, problemas de presión arterial, aneurisma, trombosis, venas varicosas, flebitis, fiebre reumática o colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Síntomas o signos del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, colitis, pólipos, divertículos u otros síntomas o signos del hígado, vesícula, recto, ano o sistema digestivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Síntomas o signos de los riñones o del tracto urinario, infección urinaria, pielonefritis, pus o sangre en la orina, cistitis, piedras, insuficiencia renal o cualquier otro trastorno del riñón, ureter, vejiga y/o uretra?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Síntomas o signos de la columna vertebral, espalda, ciática, lumbalgia, escoliosis, cervicalgia, artritis, gota u otros síntomas o signos de los músculos, huesos o articulaciones? Por favor indique si presenta material de fijación, tornillos, placa o prótesis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Tumores benignos o cáncer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Enfermedades de transmisión sexual, VIH o SIDA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desordenes de los testículos, varicocele, hidrococele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Síntoma o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas de útero incluyendo miomas, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Se encuentra en estos momentos bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo de tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desordenes del corazón, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina? Por favor indique cantidad por día y años de consumo. <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha consumido alcohol o drogas ilícitas? Por favor indique cantidad por día <input type="checkbox"/> Días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles:

Pregunta #	Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
		Información del Médico	

IV- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles:

Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	
Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	
Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	

V- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿Alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente? Sí o No Nombre del Solicitante

En caso afirmativo por favor indique el número de Embarazos. Embarazos Parto natural Abortos Cesárea

Motivo de su cesárea:

b. ¿Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada? Sí o No

Nombre del Solicitante por favor indique fecha probable de parto

c. ¿Alguna solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones perinatales? Sí o No (en caso de ser afirmativo, indique los detalles)

VI- CONDICIONES DE LA COBERTURA

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, tanto de mi persona como Empleado Asegurado, así como de mis Familiares Dependientes, son exactas y verídicas y que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en esta solicitud dará lugar a 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

AUTORIZACIÓN MÉDICA: 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 de esta información será considerada tan efectiva y válida como el original.

Autorizo a la compañía a compartir información sobre mis antecedentes de salud con mi grupo/tenedor y agente de seguro durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi póliza.

Firma Propuesto Asegurado Principal

Fecha (DD/MM/AA)

VII- INFORME DEL PATRONO O CONTRATANTE PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Las siguientes preguntas debe contestarlas el PATRONO O CONTRATANTE

Nombre del Empleado Fecha en que fue empleado Mes/Día/Año

¿ Ha estado el Empleado ausente del trabajo por cualquier motivo durante los últimos tres meses? **Sí** o **No** En caso afirmativo complete lo siguiente

Periodo del al Motivo

Nombre de la Compañía

Fecha (DD/MM/AA)

Firma, Título y Sello

VIII- PARA USO EXCLUSIVO DE PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA

Solicitud denegada

Solicitud aprobada

Fecha denegada

Fecha aprobada

Firma denegada

Firma aprobada

Observaciones