

Nombre						Número de Póliza		
Dirección	Calle	No.	Ciudad	País	Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año

INFORME DE INCAPACIDAD POR EL MEDICO EXAMINADOR

El Asegurado será responsable de completar este formulario sin costo alguno para la Compañía. Puede enviar este formulario directamente a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. Se ha reservado al reverso, en caso desee ampliar sus respuestas.

HISTORIA

- (a) ¿Cuándo comenzó la enfermedad u ocurrió la lesión?
- (b) ¿En qué fecha se vio obligado el asegurado a dejar su trabajo?
- (c) ¿hay alguna historia previa de esta enfermedad?

CONDICION ACTUAL

- (a) Síntomas individuales.
- (b) Descubrimientos objetivos.
Detállense las radiografías, electrocardiograma, o cualesquier otros exámenes especiales
- (c) Se encuentra el Asegurado

ambulante?	<input type="checkbox"/>
en cama?	<input type="checkbox"/>
confinado en casa?	<input type="checkbox"/>
hospitalizado?.	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSIS

TRATAMIENTO

- (a) Fecha de la primera visita
- Fecha de la última visita
- Frecuencia de las visitas
- (b) ¿Cuándo fue la última vez que examinó al Asegurado?

PROGRESO

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Restablecido | <input type="checkbox"/> |
| Mejorado | <input type="checkbox"/> |
| No mejorado | <input type="checkbox"/> |
| Recaído | <input type="checkbox"/> |

GRADO DE INCAPACIDAD

- (a) ¿Ha estado el Asegurado en condiciones de trabajar? Sí No
Si la respuesta es "Sí", indíquese desde qué fecha
- (b) Si la respuesta es "No", ¿cuándo cree que estará en condiciones de trabajar?

Fecha aproximada	<input type="checkbox"/>
Indefinida	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

TRABAJO REGULAR

OTRO TRABAJO

Mes Día Año Mes Día Año

Mes Día Año Mes Día Año

Si la incapacidad implica una condición mental, ¿está capacitado el Asegurado para endosar cheques, usar el producto del mismo y comprender claramente la naturaleza de sus actos?

Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.
Guatemala, Guatemala

Complétese la sección correspondiente, si la incapacidad se debe a un defecto cardíaco, pulmonar o de la vista.

CORAZON	<p>(a) CARDIACO</p> <p>(1) Capacidad funcional.</p> <p style="padding-left: 40px;">Clase 1 (Ninguna limitación) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Clase 2 (Ligera limitación) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Clase 3 (Marcada limitación) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Clase 4 (Completa limitación) <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Presión arterial <input type="checkbox"/></p>	
----------------	---	--

TUBERCULOSIS	<p>(b) TUBERCULOSIS PULMONAR</p> <p>(1) Grado { Mínima <input type="checkbox"/> Avanzada moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante avanzada <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Clínico { Activa <input type="checkbox"/> Detenida <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Estado de actividad { No ambulante <input type="checkbox"/> Parcialmente ambulante <input type="checkbox"/> Viviendo según condiciones acostumbradas <input type="checkbox"/></p> <p>(4) ¿Ha habido recientemente algún examen de laboratorio con resultados adversos? <input type="checkbox"/> Fecha del último esputo positivo</p> <p>(5) Terapia: Clase y Fechas</p>	
---------------------	--	--

VISTA	<p>(c) DEFECTO DE LA VISTA</p> <p>(1) ¿está el Asegurado completamente ciego?</p> <p>(2) ¿Si no está completamente ciego que visión tenía en la última observación? { Sin lentes Ojo derecho Ojo izquierdo Fecha Con lentes Ojo derecho Ojo izquierdo Fecha</p> <p>(3) ¿Cuál es el grado de cualquier defecto agudo de campo visual?</p> <p>(4) ¿Puede la visión mejorarse por medio de tratamiento, operación o lentes?</p>	
--------------	---	--

OBSERVACIONES

Firmado M.D.
 Dirección
 Fecha