

COMPañIA DE SEGUROS PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA



Guatemala, Guatemala

**PRUEBAS DE INCAPACIDAD  
DECLARACION DEL RECLAMANTE**

(Que debe ser hecha por la persona que reclama los beneficios)

1. Nombre		2. Póliza Núm.		3. Fecha de emisión		4. Importe de la póliza					
5. Dirección Actual		6. ¿Permanencia?		7. Lugar de nacimiento		8. Fecha de nacimiento		9. Peso	10. Altura		
11. Dirección anterior				12. Ocupación desde la emisión de la póliza							
13. Dirección desde la fecha de la lesión, dolencia o enfermedad				14. Ocupación al comienzo de la lesión, dolencia o enfermedad. Describa sus tareas							
15. Nombre y dirección del patrón			16. Duración del empleo								
17. Naturaleza de la lesión, dolencia o enfermedad por la cual reclama los beneficios de incapacidad						18. ¿Cuándo aparecieron por primera vez los síntomas de este mal?					
						19. ¿En qué se basa para dar esta fecha?					
20. ¿Cuándo consultó por primera vez a un médico o cirujano? Dé fecha, nombre y dirección.		Fecha		Médico o Cirujano			Dirección				
21. ¿Qué otros médicos o cirujanos ha consultado desde esa fecha? Dé fechas, nombres y direcciones.											
22. ¿Qué médicos o cirujanos le están atendiendo en la actualidad? Dé fechas, nombres y direcciones.											
23. ¿Ha sido examinado o atendido por un especialista en alguna clínica u hospital? En caso afirmativo, dé detalles y fechas.				24. ¿Ha tenido Ud. este mal o algo parecido anteriormente? En caso afirmativo, dé detalles y fechas.							
25. ¿Ha tenido alguna otra dolencia, enfermedad o lesión fuera de las mencionadas arriba? En caso afirmativo, dé la fecha, naturaleza, duración, y el nombre y dirección de los médicos consultados. En caso negativo, escriba la palabra "ninguna".		Fecha		Naturaleza		Duración		Médico		Dirección	
26. ¿Está recluso en cama?		27. ¿Está recluso en casa?		28. ¿Desde cuándo está recluso en esa forma?		29. Si no está recluso en cama o en casa, ¿cómo pasa el tiempo?					

30. ¿Cuándo dejó de trabajar por completo?	31. ¿Cuándo quedó incapacitado para dedicarse a cualquier ocupación con remuneración, ganancia o utilidad?
32. ¿Se encuentra en la actualidad completa, continua y permanentemente incapacitado?	33. ¿Le será imposible a usted desempeñar algún trabajo o dirigir algún negocio con utilidades, compensación o ganancia durante el resto de su vida?
34. ¿Ha estado usted alguna vez en el servicio militar o naval? En caso afirmativo, nombre la clase de servicio, fecha de ingreso, fecha de baja y diga si la baja fue con o sin incapacidad.	35. ¿Hasta qué grado hace uso de bebidas alcohólicas o narcóticos? Dé detalles.

36. ¿Tiene alguna otra póliza contra enfermedad, accidente o incapacidad? Si fuere así, dé el nombre de las compañías, clase de pólizas, los beneficios y el monto de los beneficios recibidos hasta la fecha.	Nombre de la Compañía	Clase de Póliza	Beneficio	Monto Recibido

Al presentar esta reclamación autorizo por este medio, a cualquier médico, hospital, asociación o farmacia a que suministre a la **Compañía de Seguros Pan-American Life de Guatemala**, o a su representante, debidamente autorizado, la información que sea necesaria en relación con cualquier examen, hospitalización, enfermedad, tratamiento o receta concerniente a mi caso.

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Firma del reclamante

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Dirección - Número y Calle

\_\_\_\_\_

Número Postal

Ciudad y País

#### INSTRUCCIONES:

Estos formularios en blanco se le suministran al asegurado para facilitarle la presentación de los hechos relativos que hace falta para recibir los beneficios de incapacidad, en el entendido de que tal procedimiento no debe interpretarse en el sentido de que la Compañía admite la existencia de obligación, y tampoco que renuncia a cualquier defensa legal a que tenga derecho.

Se llama la atención sobre el hecho de que la incapacidad es permanente pero parcial únicamente, o que es total pero temporal únicamente, no le da al asegurado el derecho de disfrutar de los beneficios de incapacidad total y permanente de la póliza.

Cada una de las preguntas debe ser contestada clara e íntegramente. las preguntas que no conciernen al asegurado deben contestarse con la palabra "ninguno". La Compañía se reserva el derecho de exigir mayores informes, si fuere necesario.