

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES

No. de Póliza

No. de Certificado

Nombre del Asegurado:

Número Documento de Identificación: DPI/Pasaporte

Sexo
M F

Estado Civil:

Estatura
Cm
Pulg

Peso
Lb
Kg

Fecha de nacimiento:
Día/Mes/Año

Nombre del Contratante

DEPENDIENTES (si aplican)

Nombre completo	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Peso	Estatura
Nombre completo	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts
Nombre completo	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts
Nombre completo	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts
Nombre completo	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts
Nombre completo	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts

INFORMACIÓN DE SEGUROS

¿Usted o algún solicitante ha solicitado seguro o ha estado asegurado con Pan-American Life o tiene alguna póliza de seguro de salud colectiva o individual? Sí No

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

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

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

	Propuesto Asegurado Principal		Dependiente(s)	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, aneurisma, de las venas, trombosis, problemas de presión arterial, colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Trastornos de la glucosa, síndrome metabólico, signos o síntomas de la tiroides, hipófisis y otros signos o síntomas hormonales o endocrinos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Cáncer o tumores, leucemia, linfoma o trastornos de la sangre o la coagulación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Síntomas o signos del sistema neurológico (incluyendo mareos, convulsiones o parálisis) o del sistema respiratorio (incluyendo asma, tos crónica o dificultad respiratoria)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Síntomas o signos del sistema digestivo (incluyendo intestino, hígado, vesícula y páncreas) o del sistema genitourinario (incluyendo riñones, tracto urinario, cálculos o infecciones urinarias)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

	Propuesto Asegurado Principal		Dependiente(s)	
	SI	NO	SI	NO
6. ¿Síntomas o signos del sistema osteomuscular (incluyendo columna vertebral, músculos, articulaciones y huesos), artritis, gota o cualquier otra lesión o accidente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Enfermedades de transmisión sexual, VIH o SIDA o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo síntomas o signos de las mamas (incluyendo calcificaciones, nódulos, quistes), síntomas o signos de los ovarios, trompas, útero, de los testículos o de la próstata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Desórdenes congénitos, hereditarios, autoinmune, inmunológicos, complicaciones de maternidad (como por ejemplo preeclampsia, partos prematuros, diabetes gestacional) o del recién nacido, múltiples abortos o se encuentra actualmente embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Algún solicitante 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"/>
11. ¿Algún solicitante alguna vez: ha padecido de cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, ha tenido resultados anormales en estudios o exámenes rutinarios, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar que no se mencionó anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilícitas? Por favor indique cantidad por día y años de consumo. Consumo por día <input type="text"/> Años de consumo <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

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

Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo: Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo: Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo: Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del médico	
Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo: Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados		Información del médico	

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 la información sobre mis diagnósticos, antecedentes de salud y demás información personal con el Contratante y/o el intermediario de seguros durante la administración de la póliza de seguro colectivo de la que soy parte. Dicha autorización se hace extensiva a la información de mis dependientes.

Firma Propuesto Asegurado Principal

Fecha (DD/MM/AA)

La presente Prueba de Asegurabilidad del Empleado y sus Dependientes tiene validez por 60 días calendario, pasado este plazo el propuesto asegurado debe completarla nuevamente.

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