

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO Y FAMILIARES DEPENDIENTES

Este formulario debe ser llenado por el empleado y/o el familiar dependiente como una prueba del estado de su salud cuando solicitan un seguro colectivo:

- 1.- Con más de 31 días después de la fecha de elegibilidad para tal seguro; ó
- 2.- Después de haber notificado al Patrono y/o contratante previamente del deseo de suspender su seguro o el de su familiar dependiente bajo la póliza de seguro colectivo y quieran reinscribirse.

La Sección A de este formulario debe ser completada por el Empleado y/o familiar dependiente la Sección B por el Patrono o Contratante. El formulario totalmente llenado, juntamente con la tarjeta de inscripción y/o la solicitud de adición del familiar dependiente, debe enviarse al Departamento de Seguro Colectivo de la Compañía de Seguros. Cuando este formulario haya sido recibido, la Compañía de Seguros informará al Patrono o Contratante de la acción que debe tomarse.

SECCIÓN A INFORME DEL EMPLEADO PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

- 1.- Nombre del empleado _____

Apellido
Nombre
Inicial del segundo nombre
- 2.- Dirección del empleado _____

Ciudad
Pais
- 3.- Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

MES / DÍA / AÑO
Ciudad
Pais
- 4.- Varón o Hembra _____ Estado Civil _____ Estatura _____ Peso _____
- 5.- ¿Se encuentra usted actualmente en buena salud? SI NO
 En caso negativo dé detalles _____
- 6.- Nombre de sus familiares dependientes (si desea cobertura de gastos médicos para ellos).

NOMBRES COMPLETOS	FECHA DE NACIMIENTO			PESO	ESTATURA
	DÍA	MES	AÑO		
CÓNYUGE:					
HIJOS:					

- 7.- ¿Han tenido en algún tiempo o tienen actualmente alguna de las siguientes enfermedades? (Marque SI o NO a cada una de las enfermedades que se detallan en el cuadro a continuación):

	Empleado Asegurado		Familiar Dependiente		NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA Para La Cual Es Afirmativa La Respuesta
	SI	NO	SI	NO	
Trastorno de las vías digestivas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Trastorno de la sangre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Venas varicosas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Enfermedades cardíacas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Desmayos o mareos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Alta o baja presión	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Convulsiones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Trastornos nerviosos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tuberculosis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Asma o bronquitis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dolores de cabeza (severos)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Artritis o reumatismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Trastorno del recto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Trastorno urinario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Enfermedades venéreas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Trastornos de los riñones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Lesiones de la cabeza o de la espina dorsal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Diabetes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Cáncer, tumor o quiste	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Hernia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Bocio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

	Empleado Asegurado		Familiar Dependiente		NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA Para La Cual Es Afirmativa La Respuesta
Trastorno glandular	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Cualquier defecto, amputación o menoscabo físico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Trastorno de la vesícula biliar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Albúmina o azúcar en la orina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Prostatitis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
APLICA SOLAMENTE PARA MUJERES					
Trastornos femeninos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Operación Cesárea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Está usted actualmente embarazada?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

- 8.- ¿ Han estado ausentes de su trabajo o actividades normales por enfermedad o lesión durante los últimos tres meses? _____
- 9.- ¿ Han consultado a un médico durante los últimos doce meses? _____
- 10.- ¿ Hay intención de tener, o se le ha recomendado una operación quirúrgica o tratamiento? _____
- 11.- ¿ Han estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento? _____

Si cualquiera de las respuestas a las preguntas 7, 8, 9, 10, ó 11 es afirmativa, dé detalle a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE APLICA	FECHA Mes/Día/Año	DOLENCIA TRATAMIENTO	DURACIÓN	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O ESTABLECIMIENTO MEDICO

- 12.- ¿ 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? _____
- 13.- ¿ Han estado alguna vez asegurado con alguna Póliza Colectiva? _____
En caso afirmativo, dé el nombre del Patrono y la fecha del seguro. _____

Certificamos que las respuestas dadas son completas, correctas y verídicas y convenimos en que ellas (juntamente con los formularios requeridos), forman parte de mi (nuestra) solicitud para Seguro Colectivo; además, convenimos en que el seguro que se emita no entrará en vigor a menos que en la fecha de éste, mi (nuestra) salud sea la misma que se describe en este documento y que en ningún momento el seguro entrará en vigor en otra forma que no sea la expuesta en dicha Póliza o Pólizas de Seguro Colectivo.

Por este medio autorizamos a cualquier médico para que dé los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi (nuestro) estado de salud y al mismo tiempo autorizamos a cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la Compañía de Seguros y renunciamos a la índole reservada de toda información, adquirida en cualquier fecha o forma, respecto al estado de salud en cualquier tiempo; y damos permiso a cualquier persona para que de testimonio de dichos asuntos.

Fecha _____ Firma del Empleado _____ Firma del Cónyuge _____

Firma y Nombre de hijos mayores de edad _____ / _____ / _____
Nombre _____ / _____ / _____

SECCION B 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? _____ Período del _____
al _____ Motivo _____

¿ Desde el punto de vista de salud, sabe usted de alguna razón por que alguno de los familiares dependientes no es un buen riesgo para asegurarlo bajo el plan de seguro colectivo? _____

¿ Recomienda usted que esta solicitud sea aprobada? _____

Nombre de la Compañía _____ Ubicación de la Sucursal o Planta _____

Fecha _____ Por _____

(Firma, Título y Sello)