

	Empleado	Familiar Dependiente	Nombre completo de la persona para la cual es afirmativa la respuesta
G. Diabetes, tiroides u otro trastorno endócrino?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
H. Neuritis ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
I. Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espinadorsal?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
J. Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
K. Alergias, anemia, o cualquier otro trastorno de la sangre?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
L. Trastornos del sistema inmune?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
M. ¿Ha sido hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos o ha requerido ventilación mecánica por COVID?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
N. Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

APLICA SOLAMENTE A MUJERES

O. Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
P. Se encuentra actualmente embarazada? Si su respuesta es afirmativa, por favor indique la fecha en que se espera el alumbramiento.	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

07 Información adicional aplicable al empleado y sus familiares dependientes, que durante los últimos 5 años hayan efectuado o tenido lo siguiente:

	Empleado	Familiar Dependiente	Nombre completo de la persona para la cual es afirmativa la respuesta
A. Ha tenido algún examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
B. Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
C. Le han efectuado un electrocardiograma, rayos "X" o cualquier otro examen para diagnóstico?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
D. Ha consultado algún médico o le han recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no haya sido realizado?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
E. En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
F. Se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
G. Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marijuana), narcóticos o cualquier otra droga?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
H. Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

Si cualquiera de las respuestas 6 y 7 son afirmativas, dé detalle a continuación.

Inciso	Persona afecta	Incapacidad / Dolencia / Tratamiento	Fecha y duración	Nombre del médico	Hospital

08 Le ha sido alguna vez negado o propuesto algún seguro de vida o de salud o se le ha solicitado una póliza distinta a la que ahora solicita?

Sí No Si su respuesta es afirmativa, dé detalles: _____

09 Ha estado asegurado en alguna póliza colectiva de vida y/o gastos médicos? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre del patrono o contratante y la fecha del seguro: _____

Por la presente solicito a **MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.**, la protección de Seguros 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 son exactas y verídicas y que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en esta solicitud dará lugar a que **MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.**, dé 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.

Por este medio autorizo a cualquier médico, hospital, clínica u otra organización o persona que me haya prestado los servicios de salud, para que suministre a **MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.**, cualquier información respecto a tratamientos o accidentes, sufridos por mí o mis familiares dependientes, antes o después de la vigencia de esta póliza así como el historial médico, consultas, recetas, rayos "X", resultados de exámenes de laboratorio y copias de todos los informes médicos o de hospital. Una copia auténtica de esta información será considerada válida como el original. Así mismo autorizo a cualquier persona a dar testimonio de dichos asuntos.

Firma del empleado

Lugar y fecha

SECCIÓN B - INFORME DEL PATRONO O CONTRATANTE PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre del Empleado: _____ Fecha de Empleo: _____

Ha estado el empleado ausente del trabajo por cualquier motivo durante los últimos tres meses? Sí No

En caso afirmativo, indique:

Ausente del trabajo del _____ al _____ Motivo: _____

Fecha: _____ Por: _____

Firma y Sello Contratante o Patrono

USO EXCLUSIVO MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.

Solicitud: Aprobada Denegada Firma: _____ Fecha: _____

Observaciones: _____