

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES

IMPORTANTE:

Toda pregunta debe ser completada por puño y letra del empleado, sin tachones ni borradores. La información proporcionada en este formulario es confidencial para uso exclusivo de la Compañía de Seguros. La sección "A" debe ser completada por el empleado y la sección "B" debe ser completada por el patrono. El formulario debidamente completado, juntamente con la tarjeta de consentimiento debe enviarse al departamento de Seguro de Personas de **MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.** Cuando este formulario haya sido aprobado por la compañía de seguros, ésta informará al Contratante de la acción que deba tomarse.

SECCIÓN A / INFORME DEL EMPLEADO PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

01 Nombre del Empleado: _____
Primer Apellido
Segundo Apellido
Apellido de Casada
Primer Nombre
Segundo Nombre

02 Domicilio del Empleado: _____

03 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ **Edad:** ____ **Lugar de nacimiento:** _____
Día
Mes
Año
Ciudad
País

04 Sexo: F M **Estado Civil:** _____ **Estatura (mts):** ____ **Peso (lbs):** ____

05 Nombre de sus familiares dependientes (si desea cobertura de Gastos Médicos para ellos)

	Nombres Completos	Fecha de nacimiento			Edad	Peso (lbs)	Estatura (mts)
		Día	Mes	Año			
Cónyuge:	_____	/	/	_____	_____	_____	
Hijos:	_____	/	/	_____	_____	_____	
	_____	/	/	_____	_____	_____	
	_____	/	/	_____	_____	_____	
	_____	/	/	_____	_____	_____	

06 Ha tenido o tiene actualmente el empleado o sus familiares dependientes alguna de las siguientes incapacidades? Si su respuesta es afirmativa, indique el nombre de la persona a quién aplica (empleado o familiar dependiente)

	Empleado	Familiar Dependiente	Nombre completo de la persona para la cual es afirmativa la respuesta
A. Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	_____
B. Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	_____
C. Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectora sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	_____
D. Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	_____
E. Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno de estómago, intestino, hígado o vesícula?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	_____
F. Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, páncreas, hernia, trastorno urinario, del recto y órganos reproductores?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	_____

	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: _____