

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD PARA HIJOS DEPENDIENTES

IMPORTANTE:

Toda pregunta debe ser completada por puño y letra del titular, 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 titular. 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 de la acción que deba tomarse.

SECCIÓN A / INFORME DEL TITULAR Y SUS DEPENDIENTES PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

02 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ **Edad:** ____ **Sexo:** F M **DPI No.:** _____
 Día Mes Año

03 Nombre de sus hijos dependientes:

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

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

	Hijos Dependientes	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"/>	_____
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"/>	_____
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"/>	_____
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"/>	_____
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"/>	_____
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"/>	_____
g. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endócrino?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	_____





	Hijos Dependientes	Nombre completo de la persona para la cual es afirmativa la respuesta
h. ¿Neuritis ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	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, espina dorsal?	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"/>	
k. ¿Alergias, anemia, o cualquier otro trastorno de la sangre?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
l. ¿Trastornos del sistema inmune?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
m. ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
n. APLICA SOLAMENTE A MUJERES / ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
o. ¿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"/>	
p. ¿Ha sido hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos o ha requerido ventilación mecánica por COVID?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

05 Información adicional aplicable a sus hijos dependientes, que durante los últimos 5 años hayan efectuado o tenido lo siguiente:

	Hijos Dependientes	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"/>	
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"/>	
c. ¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos "X" o cualquier otro examen para diagnóstico?	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"/>	
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"/>	
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"/>	
g. ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga?	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"/>	
i. ¿Ha sido hospitalizado en UCI o ha requerido ventilación mecánica por COVID?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	





06 ¿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 llene el siguiente cuadro.*

07 ¿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

Si alguna de las preguntas anteriores fue respondida con "si", por favor, proporcione la siguiente información requerida:

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

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 Titular

Lugar y fecha

USO EXCLUSIVO MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.

Solicitud: Aprobada Denegada Firma: _____ Fecha: _____

Observaciones: _____

