

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO Y FAMILIARES DEPENDIENTES

Sucursal autorizada por el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Economía según acuerdo No. 228 de fecha 3 de Marzo de 1978

No. de Póliza

No. de Cert

- Empleado Nuevo
 Adición de dependiente
 Incremento de Suma Asegurada

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 reingresar.

Las secciones I al VI de este formulario deben ser completadas por el Empleado y/o familiar dependiente, la sección VII 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.

I- INFORMACIÓN SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO, EMPLEADO

Nombre						
Fecha de nacimiento <i>Mes/Día/Año</i>	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Peso <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	Estatura	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts	Estado Civil	
Dirección Residencial					Ciudad	
País	Teléfono Res.	Teléfono Ofic.	Donde Trabaja			
Dirección Trabajo					Ocupación	
Descripción de su ocupación						

II- INFORMACIÓN DE SUS DEPENDIENTES QUE DESEAN COBERTURA

Nombre completo	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	Peso	Estatura	Estado civil*	Ocupación
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts		
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kgs	<input type="checkbox"/> Pulg <input type="checkbox"/> Mts		

*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho)

¿Tiene usted o su familia seguros de salud colectivo o individual? Si lo tiene, indicarlo a continuación.

Nombre (Asegurado / Dependiente)	Póliza		Compañía de seguros	No. de Póliza
	COL.	INDIV.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿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? Sí o No

¿Han estado alguna vez asegurados con alguna Póliza Colectiva? Sí o No

En caso de ser afirmativo, dé el nombre del Patrono y la fecha del seguro

III- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o ha consultado a un especialista? Sí o No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono

IV- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

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

	Propuesto Asegurado Principal		Dependiente(s)	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis, desmayos, mareos u otros desórdenes neurológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, soplo, circulatorios, problemas de presión arterial, aneurisma, trombosis, venas varicosas, flebitis, fiebre reumática o colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Síntomas o signos del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, colitis, pólipos, divertículos u otros síntomas o signos del hígado, vesícula, recto, ano o sistema digestivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Síntomas o signos de los riñones o del tracto urinario, infección urinaria, pielonefritis, pus o sangre en la orina, cistitis, piedras, insuficiencia renal o cualquier otro trastorno del riñón, ureter, vejiga y/o uretra?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Síntomas o signos de la columna vertebral, espalda, ciática, lumbalgia, escoliosis, cervicalgia, artritis, gota u otros síntomas o signos de los músculos, huesos o articulaciones? Por favor indique si presenta material de fijación, tornillos, placa o prótesis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Tumores benignos o cáncer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Síntomas o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas o utero incluyendo miomas, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Síntomas o signos de la piel incluyendo, acné, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿VIH o SIDA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Alguno de los solicitantes 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"/>
21. ¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desordenes del corazón, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IV- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

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

Propuesto Asegurado Principal Dependiente(s)
SI NO SI NO

22. ¿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. Días Años

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

¿Han estado ausentes de su trabajo o actividades normales por una enfermedad o lesión durante los últimos tres meses? Sí o No

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

Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	
Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	
Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	
Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	

V- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿Alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente? Sí o No Nombre del Solicitante

En caso afirmativo por favor indique el número de Embarazos. Embarazos Parto natural Cesárea Abortos

b. ¿Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada? Sí o No

Nombre del Solicitante por favor indique fecha probable de parto

c. ¿Alguna solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preeclampsia, complicaciones perinatales? Sí o No (en caso de ser afirmativo, indique los detalles)

VI- CONDICIONES DE LA COBERTURA

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 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.

Autorizo a la compañía a compartir información sobre mis antecedentes de salud con mi grupo/tenedor y agente de seguro durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi Póliza.

Firma Propuesto Asegurado Principal

Fecha (DD/MM/AA)

--	--

VII- 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

Periodo 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? Sí o No

Nombre de la Compañía

Ubicación de la sucursal o Planta

Fecha (DD/MM/AA)

Firma, Título y Sello