



7ª. AV. 5-10 ZONA 4 CENTRO FINANCIERO.  
TORRE II – NIVEL 16. TELEFONO: 332-1702.

PARA USO DE EL ROBLE, S.A.		
CLASE	No. CERTIFICADO	SUMA ASEGURADA

**TARJETA DE CONSENTIMIENTO PARA PLANES COLECTIVOS**

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Seguro Colectivo, contratada entre \_\_\_\_\_

a quien reconozco como contratante del grupo y Seguros El Roble, S.A. en consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes, con relación al mencionado grupo.

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombres

DIRECCIÓN PARTICULAR \_\_\_\_\_

INDIQUESE COBERTURA				FECHA DE NACIMIENTO				
VIDA	MAYD	GASTOS MEDICOS	GASTOS MEDICOS PARA DEPS.	DIA	MES	AÑO	EDAD	SEXO

NOMBRES Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO	PARENTESCO CON EL EMPLEADO	% DEL MONTO DE MI SEGURO
<b>PRIMEROS BENEFICIARIOS</b>		
<b>SEGUNDOS BENEFICIARIOS</b>		
<b>TERCEROS BENEFICIARIOS</b>		

Si ocurre el fallecimiento de cualquier beneficiario antes del mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgarán a los beneficiarios sobrevivientes o beneficiario sobreviviente o, si no hay, a mis herederos legales. Reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba. Quiero inscribirme en los planes colectivos indicados arriba, para los cuales soy o seré elegible. Convengo si se me admite, en la deducción de las contribuciones apropiadas de mi sueldo y si me fuera requerido, en proveer evidencia de mi edad. Declaro que estoy enterado de que la suma de seguro solicitado para el suscrito está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal.

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 FIRMA DE LA PERSONA INSCRITA

SOLAMENTE PARA COBERTURAS DE GASTOS MEDICOS DEPENDIENTES ELEGIBLES: CÓNYUGE E HIJOS SOLTEROS					
NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NAC.	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NAC.

ESTA SECCION PARA COMPLETARSE POR EL CONTRATANTE

FECHA EN QUE EL EMPLEADO ENTRO A SERVICIO DE LA COMPAÑIA

DIA	MES	AÑO

SALARIO MENSUAL Q. \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE EL EMPLEADO SE INCLUYE EN EL PLAN

DIA	MES	AÑO

CONTRIBUTIVO	
NO CONTRIBUTIVO	

VERIFICADO Y FIRMADO EN NOMBRE DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FIRMANTE EN LETRA DE MOLDE



Nombre del Contratante \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

Este formulario debe ser llenado por el Empleado como una prueba del estado de salud cuando él hace solicitud para seguro Colectivo en los siguientes casos:

1. Con más de 31 días después de la fecha de elegibilidad para el seguro, o
2. Después de haber notificado al patrono previamente del deseo de suspender su seguro bajo la póliza colectiva y quiera reingresar.

**SECCION "A" DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO CON SU PUÑO Y LETRA**

1. Nombre del Empleado \_\_\_\_\_  
1er. Apellido \_\_\_\_\_ 2do. Apellido \_\_\_\_\_ 1er. Nombre \_\_\_\_\_ 2do. Nombre \_\_\_\_\_

2. Dirección del Empleado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

3. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

4. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero  Casado  Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

5. ¿Se encuentra usted actualmente en buena salud? \_\_\_\_\_ En caso negativo de detalles \_\_\_\_\_

6. ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedad o lesión durante los últimos tres meses? \_\_\_\_\_

7. ¿Ha consultado al médico durante los últimos doce meses? \_\_\_\_\_

8. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento? \_\_\_\_\_  
Usted lo hizo SI  NO

9. ¿Tiene usted intención de tener o se le ha recomendado tener una operación quirúrgica? \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas Estupefacientes? \_\_\_\_\_

11. ¿Ha tenido usted en algún tiempo o tiene alguna de las siguientes enfermedades (Conteste Si o NO)

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Corazón			Pulmones			Sistema urinario		
Tumores			Diabetes			Desórdenes nerviosos		
Alta presión Arterial			Riñones			Sistema Digestivo		
Cáncer			Espalda Articulaciones			Hernia		
Enfermedades Venéreas			Sistema respiratorio			Otros		

Si su respuesta es positiva por favor dé una información amplia en el siguiente espacio:

\_\_\_\_\_

12. Si es mujer ¿Está embarazada? ..... SI  NO

Por medio de la presente declaro (BAJO JURAMENTO) que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que solicito el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo.

Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante, hospital o sanatorio para que proporcione a EL ROBLE, S. A., Compañía de Seguros, cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictámen, u hospitalización que yo haya recibido.

Fecha \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_ Empleado \_\_\_\_\_  
Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**SECCION "B" DEBE SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE**

Del punto de vista de salud ¿Sabe usted algún motivo por el que el empleado no deba asegurarse bajo su plan de seguro Colectivo \_\_\_\_\_ Si la respuesta es positiva explique \_\_\_\_\_

¿Ha estado ausente el empleado de su trabajo debido a lesiones o enfermedad durante los últimos seis meses? \_\_\_\_\_ (En caso afirmativo complete lo siguiente)

Ausente del trabajo del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Recomienda usted que esta solicitud sea aprobada \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_ Firma autorizada \_\_\_\_\_  
Sello \_\_\_\_\_

**SECCION "C" DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA DEPENDIENTES**

1. Nombre sus dependientes elegibles (Si se necesita más espacio utilice un formulario adicional)

NOMBRE COMPLETO	Parentesco con usted	Fecha de nacimiento	Estatura	Peso	Para uso de la Compañía de Seguros
A					
B					
C					
D					
E					
F					

2. Dirección de sus dependientes \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Cualquiera de las personas arriba indicadas:

a. ¿Ha recibido algún tratamiento para o ha sido avisado que sufre de lo siguiente?

(Escriba dentro del cuadro la letra correspondiente al dependiente que padece alguna enfermedad)

Corazón?	Pulmones?	Sistema Urinario?	Tumores?	Diabetes?	Desórdenes nerviosos?
Alta presión	Riñones?	Sistema Digestivo?	Cáncer?	Espalda o	Hernia?

- b. ¿Ha tenido enfermedades venéreas? ..... SI  NO
- c. ¿Ha estado como paciente en un hospital o institución similar en los últimos tres meses? SI  NO
- d. ¿Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los últimos tres meses? SI  NO
- e. ¿Se ha aconsejado internarse en un hospital o institución similar por tratamiento, lo hizo? SI  NO
- f. ¿se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento pero no lo ha hecho? SI  NO
- g. Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificados en este formulario SI  NO
- h. Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas Estupefacientes SI  NO

Si la respuesta es positiva por favor de una explicación amplia en el siguiente espacio

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Si es su cónyuge se encuentra actualmente EMBARAZADA ..... SI  NO

Por medio de la presente declaro (BAJO JURAMENTO) que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verdícas y que son la base sobre la que solicito el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo.

Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante, y a cualquier hospital o sanatorio para que proporcione a EL ROBLE, S. A., Compañía de Seguros, cualquier información que solicite sobre cualquier miembro de mi familia con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización.

Fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_ Empleado \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: