

7. 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
	SI	NO	SI	NO	
a) Ha tenido algún examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?	SI	NO	SI	NO	
b) Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento?	SI	NO	SI	NO	
c) Le han efectuado un electrocardiograma, rayos "X" o cualquier otro examen para diagnóstico?	SI	NO	SI	NO	
d) Ha consultado algún médico o le han recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no haya sido realizado?	SI	NO	SI	NO	
e) En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	SI	NO	
f) Se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?	SI	NO	SI	NO	
g) Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga?	SI	NO	SI	NO	
h) Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?	SI	NO	SI	NO	

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

Inciso	Persona afectada	Incapacidad / Dolencia / tratamiento	Fecha y duración	Nombre del Médico	Hospital

8. 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? _____ Si su respuesta es afirmativa, dé detalles: _____

9. Ha estado asegurado en alguna póliza colectiva de vida y/o gastos médicos? _____ 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? _____ 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: _____