

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO

Este formulario debe ser llenado por el Empleado como una prueba del estado de su salud, cuando el hace solicitud para seguro colectivo:

- 1.- Con más de 31 días después de la fecha de elegibilidad para tal seguro; o
 - 2.- Después de haber notificado al Patrono previamente del deseo de suspender el seguro del familiar dependiente bajo la póliza de Seguro Colectivo
- La Sección **A** de este formulario debe ser ejecutada por el Empleado y la Sección **B**, por el Patrono. El formulario totalmente llenado, juntamente con la tarjeta de inscripción, debe enviarse al Departamento de Seguro Colectivo de la Compañía de Seguros. Cuando este formulario haya sido aprobado por la Compañía de Seguros, ésta informará al Patrono o Contratante de la acción que deba tomarse.

SECCION A - INFORME DEL EMPLEADO PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

1. Nombre del Empleado _____

Primer Apellido
Segundo Apellido
Nombre(s)
2. Dirección del Empleado _____
3. Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Día
Mes
Año
Ciudad
País
4. Sexo: _____ Estado Civil: _____ Estatura: _____ Peso: _____
5. ¿Se encuentra usted actualmente en buena salud? _____ En caso negativo dé detalles: _____

6. ¿Ha tenido usted en algún tiempo actualmente o tiene actualmente alguna de las siguientes enfermedades? (Conteste SI o NO con su puño y letra a cada una de las enfermedades que se detallan en el cuadro a continuación):

Trastorno de las vías digestivas		Artritis o reumatismo		Trastorno glandular	
Trastorno de la sangre		Trastorno del recto		Cualquier defecto, amputación o menoscabo físico	
Venas Varicosas		Trastorno urinario		Enfermedad o defecto de la vista, oído nariz o garganta	
Enfermedades cardíacas		Enfermedades venéreas		Trastorno de la vesícula biliar	
Demayos o mareos		Trastorno de los riñones		Albúmina o azúcar en la orina	
Alta o baja presión		Lesiones de la cabeza o espina dorsal		Prostatitis	
Convulsiones		Dolores de cabeza (severos)		Bocio	
Trastorno nerviosos		Diabetes		Trastornos femeninos	
Tuberculosis		Cáncer, tumor o quiste Dé detalles		Operación cesárea	
Asma o Bronquitis		Hernia		¿Está usted actualmente embarazada?	

7. ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedad o lesión los últimos tres meses? _____
8. ¿Ha consultado a un médico durante los últimos doce meses? _____ Dé detalles _____
9. Tiene usted intención de tener, o se le ha recomendado tener una operación quirúrgica o tratamiento? _____ Dé detalles _____
10. ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento? _____ Dé detalles _____

Espacio adicional para detalles a las preguntas 6,7,8,9,10

Fecha	Dolencia Tratamiento	Duración	Nombre del Médico	Nombre del Hospital o Establecimiento médico

11. ¿Le ha sido alguna vez negado o propuesto algún seguro de vida o de salud, o se le ha ofrecido una póliza diferente a la que ahora solicita? _____
 Dé detalles: _____
 ¿Ha estado vez asegurado con alguna Póliza Colectiva de vida y/o Gastos Médicos? _____ En caso afirmativo, dé el nombre del Patrono o Contratante y la fecha del seguro: _____

Certifico que las respuestas dadas son completas, correctas y verídicas y convengo en que ellas (juntamente con los formularios requeridos), forman parte de mi solicitud para Seguro Colectivo; además convengo en que el seguro que se emita no entrará en vigor a menos que en la fecha de éste mi 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 autorizo a cualquier Médico para que dé todos los datos de su diagnostico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo tiempo autorizo a cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la Compañía de Seguros y renuncio a la índole reservada de toda información adquirida en cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo; y doy permiso a cualquier persona para que dé testimonio de dichos asuntos.

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Firma del Empleado Solicitante

(Lugar y Fecha)

SECCION B - INFORME DEL PATRONO O CONTRATANTE PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Las siguientes preguntas debe contestarlas el PATRONO

Nombre del Empleado: _____ Fecha en que fue empleado: _____
MES DIA AÑO

¿Ha estado el Empleado ausente del trabajo por cualquier motivo durante los últimos tres meses?
(En caso afirmativo complete lo siguiente):

Ausente del trabajo del _____ al _____ Motivo _____

Nombre de la Empresa _____ Ubicación de la Empresa o Plataforma _____

Fecha _____ por _____

(Espacio para el sello de la Empresa)