

SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA FORMULARIO PARA PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO

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

1. Con más de 31 días después de la fecha de elegibilidad para tal seguro; o
2. Después de haber previamente notificado al Empleador el deseo de suspender su seguro bajo la póliza de seguro corporativo y quiera reingresar al mismo.

La Sección A de este formulario debe ser llenada por el Empleado y la Sección B, por el Empleador. El formulario totalmente lleno juntamente con

SECCION A - INFORME DEL EMPLEADO PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS				
1. Nombre del Empleado _____				
APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
2. Dirección del Empleado _____				
			CIUDAD	PAIS
3. Fecha de Nacimiento _____			Lugar de Nacimiento _____	
DIA	MES	ANO	CIUDAD	PAIS
4. Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Estatura _____
				Peso _____
5. ¿Se encuentra usted actualmente en buen estado de salud? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo dar detalles _____				
6. ¿Ha tenido usted en algún tiempo 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		
Desmayos o mareos	Trastorno de los riñones	Albúmina o azúcar en la orina		
Alta o baja presión	Lesiones de la cabeza o de la espina dorsal	Prostatitis		
Convulsiones	Diabetes	Trastornos femeninos		
Trastornos nerviosos	Cáncer, tumor o quiste	Operación cesárea		
Tuberculosis	Hernia	¿Está usted actualmente embarazada?		
Asma o bronquitis	Bocio			
Dolores de cabeza (Severos)				
7. ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedad o lesión durante los últimos tres meses? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
8. ¿Ha consultado a un médico durante los últimos doce meses? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
9. ¿Tiene usted intención de someterse o se le ha recomendado someterse a una operación quirúrgica o tratamiento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
10. ¿Ha estado alguna vez internado en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Si cualquiera de las respuestas 6, 7, 8, 9 ó 10 es afirmativa, dar detalles a continuación:				
Fecha inicio D/M/A	Diagnóstico y Tratamiento	Duración	Nombre del Médico	Nombre del Hospital o Establecimiento Médico
11. ¿Le ha sido alguna vez negado o pospuesto algún seguro de vida o de salud, se le ha ofrecido una póliza diferente a la que ahora solicita? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
12. ¿Ha estado alguna vez asegurado con alguna Póliza Colectiva? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, dé el nombre de la Aseguradora, del Empleador y la fecha del seguro _____				
<p>Certifico que las respuestas dadas son completas, correctas y verídicas y convengo en que ellas (juntamente con los formularios requeridos), formen parte de mi solicitud para Seguro Corporativo; 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 establecida en dicha Póliza o Pólizas de Seguro Corporativo.</p> <p>Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, 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.</p>				

FORM 2640 REV 8/91

continúa

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N° 91-221-S de Agosto 12 de 1991.

FORMULARIO PARA PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO - HOJA 2

SECCION A - INFORME DEL EMPLEADO PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS

continuación...

Nombre del Empleado (Llenar en letra de imprenta)

_____ APELLIDO

_____ SEGUNDO APELLIDO

_____ NOMBRE

_____ SEGUNDO NOMBRE

FECHA: DIA MES AÑO

_____ FIRMA DEL EMPLEADO

SECCION B - INFORME DEL EMPLEADOR PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Las siguientes preguntas debe contestarlas el Empleador.

Nombre del Empleado _____

Fecha en que fue empleado _____
DIA MES AÑO

¿Ha estado el empleado ausente del trabajo por cualquier motivo durante los últimos tres meses? SI NO

(En caso afirmativo complete lo siguiente):

¿Recomienda usted que esta solicitud sea aprobada? SI NO

Ausente del Trabajo del _____ al _____ Motivo _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

Nombre de la Compañía _____ Ubicación de la Sucursal o Planta _____

Nombre Responsable _____ Cargo _____

_____ FIRMA

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N° 91-221-S de Agosto 12 de 1991.