

SEGURO CORPORATIVO DE ASISTENCIA MEDICA FORMULARIO PARA PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL FAMILIAR DEPENDIENTE

Este formulario debe ser llenado por el familiar como una prueba del estado de salud, cuando el Empleado hace solicitud de seguro corporativo para sus familiares dependientes:

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 el seguro del familiar dependiente bajo la póliza de seguro corporativo.

La Sección A de este formulario debe ser llenada por el familiar dependiente y la Sección B, por el Empleador. El formulario lleno, juntamente con la solicitud de adición del familiar dependiente, debe enviarse al Departamento de Seguro Corporativo de la Compañía de Seguros si el Empleado es un nuevo solicitante, o reingresado. Cuando este formulario haya sido recibido, la Compañía de Seguros informará al Empleador de la acción que debe tomarse.

SECCION A - INFORME DEL FAMILIAR DEPENDIENTE PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

1. Nombre del Familiar Dependiente			
APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
2. Dirección del Familiar Dependiente			
		CIUDAD	PAIS
3. Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	
DIA	MES	ANO	
		CIUDAD	PAIS
4. Hombre ☐	Mujer ☐	Estatura	Peso
		Parentesco con el Empleado	
5. ¿Se encuentra usted actualmente en buen estado de salud? SI ☐ NO ☐ En caso negativo dar detalles			

6. ¿Ha tenido usted en algún tiempo o tiene actualmente alguna de las siguientes enfermedades?

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	
Enfermedades cardíacas	Enfermedades venéreas	oído, nariz o garganta	
Desmayos o mareos	Trastorno de los riñones	Trastorno de la vesícula biliar	
Alta o baja presión	Lesiones de la cabeza o de la espina dorsal	Albúmina o azúcar en la orina	
Convulsiones	Diabetes	Prostatitis	
Trastornos nerviosos	Cáncer, tumor o quiste	Trastornos femeninos	
Tuberculosis	Hernia	Operación cesárea	
Asma o bronquitis	Bocio	¿Está usted actualmente embarazada?	
Dolores de cabeza (Severos)			

7. ¿Ha consultado a un médico durante los últimos doce meses? SI ☐ NO ☐

8. ¿Tiene usted intención de someterse o se le ha recomendado someterse a una operación quirúrgica o tratamiento? SI ☐ NO ☐

9. ¿Ha estado alguna vez internado en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento? SI ☐ NO ☐

Si cualquiera de las respuestas 6, 7, 8 ó 9 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 ☐ NO ☐

12. ¿Ha estado alguna vez asegurado con alguna Póliza Colectiva? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, dé el nombre de la Aseguradora, del Empleador 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), 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.

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.

FORMULARIO PARA PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL FAMILIAR DEPENDIENTE - HOJA 2

SECCION B - INFORME DEL EMPLEADOR PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Las siguientes preguntas debe contestarlas el Empleador.

Nombre del Empleado _____

DIA MES AÑO

Fecha en que fue empleado _____

DIA MES AÑO

¿Desde el punto de vista de salud, sabe usted de alguna razón por qué el Familiar Dependiente no es un buen riesgo para asegurar bajo el plan de Seguro Corporativo? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, explique _____

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.