

**IMPORTANTE:**

Toda pregunta debe ser completada por puño y letra del titular, sin tachones ni borrones. La información proporcionada en este formulario es confidencial para uso exclusivo de la Compañía de Seguros. La sección "A" debe ser completada por el titular. El formulario debidamente completado, juntamente con la tarjeta de consentimiento debe enviarse al departamento de Seguro de Personas de **MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.** Cuando este formulario haya sido aprobado por la compañía de seguros, ésta informará de la acción que deba tomarse.

**SECCIÓN A – INFORME DEL TITULAR Y SUS DEPENDIENTES PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

1. Nombre del Titular: \_\_\_\_\_  
 Primer Apellido      Segundo Apellido      Apellido de Casada      Primer Nombre      Segundo Nombre
2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ DPI: \_\_\_\_\_  
 Día      Mes      Año
3. Nombre de sus hijos dependientes:

NOMBRES COMPLETOS	Fecha de Nacimiento			Edad	Peso (lbs)	Estatura (mts)
	Día	Mes	Año			
Hijos:						

4. Ha tenido o tiene actualmente el empleado o sus familiares dependientes alguna de las siguientes incapacidades? Si su respuesta es afirmativa, indique el nombre de la persona a quién aplica (empleado o familiar dependiente)

	Hijos Dependientes		Nombre completo de la persona para la cual es afirmativa la respuesta
	SI	NO	
a) Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	SI	NO	
b) Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia?	SI	NO	
c) Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectora sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis?	SI	NO	
d) Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas?	SI	NO	
e) Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno de estómago, intestino, hígado o vesícula?	SI	NO	
f) Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, páncreas, hernia, trastorno urinario, del recto y órganos reproductores?	SI	NO	
g) Diabetes, tiroides u otro trastorno endócrino?	SI	NO	
h) Neuritis ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	
i) Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal?	SI	NO	
j) Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer?	SI	NO	
k) Alergias, anemia, o cualquier otro trastorno de la sangre?	SI	NO	
l) Trastornos del sistema inmune?	SI	NO	
m) Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	SI	NO	
n) <b>APLICA SOLAMENTE A MUJERES</b> Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?	SI	NO	
o) Se encuentra actualmente embarazada? Si su respuesta es afirmativa, por favor indique la fecha en que se espera el alumbramiento.	SI	NO	

5. Información adicional aplicable a sus hijos dependientes, que durante los últimos 5 años hayan efectuado o tenido lo siguiente:

	Hijos Dependientes		Nombre completo de la persona para la cual es afirmativa la respuesta
	SI	NO	
a) Ha tenido algún examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?	SI	NO	
b) Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento?	SI	NO	
c) Le han efectuado un electrocardiograma, rayos "X" o cualquier otro examen para diagnóstico?	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	
e) En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	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	
g) Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga?	SI	NO	
h) Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?	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

6. 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: \_\_\_\_\_

7. 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 TITULAR

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

**USO EXCLUSIVO MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.**

Solicitud Aprobada: \_\_\_\_ Denegada: \_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_