

**PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL FAMILIAR DEPENDIENTE**

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

- Con más de 31 días después de la fecha de elegibilidad para tal seguro; o
  - 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 familiar dependiente y la Sección **B**, por el Patrono. El formulario totalmente llenado, juntamente con la solicitud de adición del familiar dependiente, 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 FAMILIAR DEPENDIENTE PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

- Nombre del Familiar Dependiente \_\_\_\_\_  
 Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_
- Dirección del Familiar Dependiente: \_\_\_\_\_
- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Empleado: \_\_\_\_\_  
 Indique, ya sea cónyuge, hijo o hija. (En caso de ser el cónyuge, dé fecha de matrimonio)
- ¿Se encuentra usted actualmente en buena salud? \_\_\_\_\_ En caso negativo dé detalles: \_\_\_\_\_

- ¿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 cardiacas	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?

- ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedad o lesión los últimos tres meses? \_\_\_\_\_
- ¿Ha consultado a un médico durante los últimos doce meses? \_\_\_\_\_ Dé detalles \_\_\_\_\_
- Tiene usted intención de tener, o se le ha recomendado tener una operación quirúrgica o tratamiento? \_\_\_\_\_ Dé detalles \_\_\_\_\_
- ¿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

- ¿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 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.

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Firma del Familiar Solicitante (No se requiere firma si es menor) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Lugar y Fecha) \_\_\_\_\_  
 Firma del Empleado \_\_\_\_\_

