

Certificado No. \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Pòliza No. \_\_\_\_\_

Contratante: \_\_\_\_\_

**SUMAS ASEGURADAS**

**COLECTIVO DE VIDA**

Vida \$  
Muerte Accidental y desmembramiento  
Anticipo de Capital por Invalidez  
Gastos Funerarios

**GASTOS MEDICOS MAYORES COMPRENSIVOS**

Máximo Vitalicio \$

Participará el Asegurado con el Pago de la Prima SI NO \_\_\_\_\_%

**PARA SER COMPLETADA POR EL TRABAJADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Sueldo Mensual: \$ \_\_\_\_\_ Fecha Ingreso al Empleo: \_\_\_\_\_

Dirección Residencia: \_\_\_\_\_

Por la presente solicito a ASESUISA VIDA, S.A., inscribirme en los Planes de Seguro Colectivo de Vida y Gastos Médicos Mayores Comprensivos, para los cuales soy elegible y autorizo a mi Patrono haga las deducciones de mi salario, la cantidad requerida, si la hubiere, para cubrir mi cuota de las Primas y si me es requerido, proporcionar evidencia alguna de mi salud y edad que solicite la Compañía.

Autorizada por el Contratante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Sello

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**  
**BENEFICIARIOS**

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES COMPRENSIVOS**  
**DEPENDIENTES ECONOMICOS**

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma

**PRUEBA DE ASEGURABILIDAD DEL EMPLEADO**

Este Formulario debe ser llenado por el Empleado como una prueba del estado de salud, cuando èl hace solicitud para Seguro Colectivo:

1. Con más de 30 días después de la fecha de elegibilidad para tal seguro; o
2. Después de haber notificado al Patrono Previamente del deseo de suspender su seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo y quiere reingresar.

La sección "A" de este formulario debe ser ejecutada por el Empleado y la Sección " B " por el Patrono o Contratante. El formulario totalmente llenado, junto con el Consentimiento Individual, debe enviarse al Departamento de Seguro Colectivo de ASESUISA VIDA, S.A.

**SECCION " A ", INFORME DEL EMPLEADO PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS**

1. NOMBRE DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_
2. DIRECCION DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_
3. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
4. SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ LIBRAS
5. ¿Se encuentra usted actualmente en buena salud? SI ( ), NO ( ) en caso negativo detalle:  
\_\_\_\_\_
6. ¿Ha tenido usted 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 a continuación):

	SI O NO		SI O NO
Trastornos de las Vias Digestivas		Lesiones de la Cabeza o Espina Dorsal	
Trastornos de la Sangre		Diabetes	
Venas Varicosas		Cáncer, tumor o quiste	
Enfermedades Cárdiacas		Hernia	
Desmayos o Mareos		Bocio	
Alta o baja Presión		Transtorno glandular	
Convulsiones		Cualquier defecto, amputación o menoscabo físico	
Trastornos Nerviosos		Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta	
Tuberculosis		Trastornos de la Vesícula Biliar	
Asma o Bronquitis		Albumina o azúcar en la orina	
Dolores de Cabeza (Severos)		Prostatitis	
Artritis o Reumatismo		Trastornos Femeninos	
Trastornos del Recto		Operación Cesàrea	
Trastorno Urinario		¿Esta usted actualmente embarazada?	
Enfermedades Venèreas		Trastornos de los Riñones	

7. ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedad o lesión los últimos tres meses?

8. ¿Ha consultado a un médico en los últimos doce meses? \_\_\_\_\_
9. ¿Tiene usted intención de tener, o se le ha recomendado tener una operación quirúrgica o tratamiento? \_\_\_\_\_
10. ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento? \_\_\_\_\_

Si cualquiera de las respuestas a las preguntas 6, 7, 8, 9 y 10 es afirmativa, de detalles a continuación:

FECHA	ENFERMEDAD, ACCIDENTE U OPERACION	DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL

11. ¿Le ha sido alguna vez negado o propuesto algún Seguro de Vida o de Salud, o se ha ofrecido una Póliza diferente a la que ahora solicita?: \_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez asegurado con alguna Póliza Colectiva? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo de 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 e 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 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.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

### SECCION " B " INFORME DEL PATRONO O CONTRATANTE PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Las siguientes preguntas deben ser contestadas por el Patrono o Contratante.

NOMBRE DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE FUE EMPLEADO: \_\_\_\_\_

¿Ha estado el Empleado ausente del trabajo por cualquier motivo los últimos tres meses? SI ( ), NO ( ), en caso afirmativo complete lo siguiente:

Ausente del trabajo del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Contratante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma Autorizada y

Sello)

**SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES**

POLIZA COLECTIVA No. \_\_\_\_\_

CERTIFICADO No. \_\_\_\_\_

CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

EMPLEADO ASEGURADO: \_\_\_\_\_

Para efectos de modificaci3n en la composici3n de mi Grupo Familiar cubierto por la P3liza de Seguro Colectivo de Gastos M3dicos arriba indicada, solicito la inscripci3n de los dependientes que a continuaci3n detallo:

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD

Con relaci3n a su salud, proporcione el siguiente detalle referente a cualquier enfermedad, accidente u operaci3n pasada o presente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

San Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL EMPLEADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EMPLEADO ASEGURADO

## PRUEBA DE ASEGURABILIDAD PARA FAMILIAR DEPENDIENTE

Este Formulario debe ser llenado por cada familiar dependiente como una prueba del estado de salud, cuando el Empleado hace solicitud de Seguro Colectivo para sus familiares dependientes:

1. Con más de 30 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 familiar dependiente y la Sección " B " por el Patrono o Contratante. El formulario llenado, juntamente con la solicitud de adición de familiar dependiente, debe enviarse al Departamento de Seguro Colectivo de ASESUISA si el Empleado es un nuevo solicitante, o es un reingreso. Cuando este formulario haya sido recibido, ASESUISA VIDA, S.A. informará al Patrono o Contratante de la acción que debe tomarse.

### SECCION " A ", INFORME DEL FAMILIAR DEPENDIENTE PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS

1. NOMBRE DEL FAMILIAR DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_
2. DIRECCION DEL FAMILIAR DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_
3. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
4. SEXO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON EL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

Indique ya sea Cónyuge, hija ( en caso de ser Cónyuge, de fecha de matrimonio)

5. ¿Se encuentra usted actualmente en buena salud? SI ( ), NO ( ) en caso negativo detalle:

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 a continuación):

	SI O NO		SI O NO
Trastornos de las Vías Digestivas		Lesiones de la Cabeza o Espina Dorsal	
Trastornos de la Sangre		Diabetes	
Venas Varicosas		Cáncer, tumor o quiste	
Enfermedades Cárdiacas		Hernia	
Desmayos o Mareos		Bocio	
Alta o baja Presión		Trastorno glandular	
Convulsiones		Cualquier defecto, amputación o menoscabo físico	
Trastornos Nerviosos		Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta	
Tuberculosis		Trastornos de la Vesícula Biliar	
Asma o Bronquitis		Albumina o azúcar en la orina	
Dolores de Cabeza (Severos)		Prostatitis	
Artritis o Reumatismo		Trastornos Femeninos	
Trastornos del Recto		Operación Cesàrea	
Trastorno Urinario		¿Esta usted actualmente embarazada?	
Enfermedades Venéreas		Trastornos de los Riñones	

7. ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedad o lesión los últimos tres meses?

8. ¿Ha consultado a un médico en los últimos doce meses? \_\_\_\_\_
9. ¿Tiene usted intención de tener, o se le ha recomendado tener una operación quirúrgica o tratamiento? \_\_\_\_\_
10. ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento? \_\_\_\_\_

Si cualquiera de las respuestas a las preguntas 6, 7, 8, 9 y 10 es afirmativa, de detalles a continuación:

FECHA	ENFERMEDAD, ACCIDENTE U OPERACION	DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL

11. ¿Le ha sido alguna vez negado o propuesto algún Seguro de Vida o de Salud, o se ha ofrecido una Póliza diferente a la que ahora solicita?: \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado alguna vez asegurado con alguna Póliza Colectiva? \_\_\_\_\_
- En caso afirmativo de 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 e 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 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.

FIRMA DEL FAMILIAR DEPENDIENTE (no se requiere la del menor dependiente) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO (letra de molde) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

**SECCION " B " INFORME DEL PATRONO O CONTRATANTE PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Las siguientes preguntas deben ser contestadas por el Patrono o Contratante.

NOMBRE DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE FUE EMPLEADO: \_\_\_\_\_

¿Ha estado el Empleado ausente del trabajo por cualquier motivo los últimos tres meses? SI ( ), NO ( ), en caso afirmativo complete lo siguiente:

Ausente del trabajo del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Contratante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma Autorizada y Sello)

**CANCELACION DE SEGURO COLECTIVO MEDICO HOSPITALARIO**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Señores  
ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A.  
Presente.

Ref. POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS No. S- \_\_\_\_\_ Carnet No.: \_\_\_\_\_

Sirvanse cancelar la inscripción de:

Empleado Asegurado ( ) \_\_\_\_\_

Dependiente (s) Económico (s) ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La citada Cancelación deberá ser efectiva a partir del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
EL CONTRATANTE