

**PRUEBAS DE INCAPACIDAD -- DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE**

1. Nombre		2. Póliza Numero		3. Fecha de emisión		4. Importe de la póliza	
5. Dirección actual		6. ¿Permanencia?		7. Lugar de nacimiento		8. Fecha de nacimiento	
9. Peso		10. Altura		11. Dirección anterior			
12. Ocupación desde la emisión de la póliza				13. Dirección desde la fecha de la lesión, dolencia o enfermedad			
14. Ocupación al comienzo de la lesión, dolencia o enfermedad. Describa sus tareas				15. Nombre y dirección del patrón			
16. Duración del empleo				17. Naturaleza de la lesión, dolencia o enfermedad por la cual reclama los beneficios de incapacidad			
18. ¿Cuando aparecieron por primera vez los síntomas de este mal?				19. ¿En qué se basa para dar esta fecha?			
20. ¿Cuando consultó por primera vez a un medico o cirujano?  De fecha, nombre y dirección.		Fecha		Medico Cirujano		Dirección	
21. ¿Que otros médicos o cirujanos ha consultado desde esa fecha.  De fechas, nombres y direcciones.							
22. ¿Que médicos o cirujanos le están atendiendo en la actualidad?  De fechas, nombres y direcciones.							
23. ¿Ha sido examinado o atendido por un especialista en alguna clínica u hospital? En caso afirmativo, de detalles y fechas.				24. ¿Ha tenido Ud. este mal o algo parecido anteriormente? en caso afirmativo de detalles y fechas.			
25. ¿Ha tenido alguna otra dolencia enfermedad o lesión fuera de de las mencionadas arriba? En caso afirmativo, de la fecha naturaleza, duración y el nombre y dirección de los médicos consultados. En caso negativo escriba la palabra "ninguna"		Fecha		Naturaleza		Dirección	
26. ¿Esta recluso a cama?		27. Esta recluso a la casa?		28. ¿Desde cuándo está recluso en esa forma?		29. Si no está recluso a cama o a la casa, ¿Cómo pasa el tiempo?	

30. ¿Cuándo dejó de trabajar por completo?	31. ¿Cuándo quedó incapacitado para dedicarse a cualquier ocupación con remuneración, ganancia o utilidad?
32. ¿Se encuentra en la actualidad completa, continua y permanentemente incapacitado?	33. ¿Le será imposible a usted desempeñar algún trabajo o dirigir algún negocio con utilidades, compensación o ganancia durante el resto de su vida?
34. ¿Ha estado usted alguna vez en el servicio militar o naval? En caso afirmativo nombre la clase de servicio, fecha de ingreso, fecha de baja y diga si la baja fue con o sin incapacidad.	35. ¿Hasta qué grado hace uso de bebidas alcohólicas o narcóticos ? De detalles.

36. ¿Tiene alguna otra póliza contra enfermedades, accidente o incapacidad? Si fuere así, de el nombre de las compañías, clase de póliza, los beneficios y el monto de los beneficios recibidos hasta la fecha.	Nombre de la compañía	Clase de Poliza	Beneficio	Monto Recibido

Al presentar esta reclamación, autorizo por este medio, a cualquier medico, hospital, asociación o farmacia a que suministre a la Pan-American Life Insurance Company o su representante, debidamente autorizado, la información que sea necesaria en relación con cualquier examen, hospitalización, enfermedad, tratamiento o receta concerniente a mi caso

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Dirección Numero y Calle

\_\_\_\_\_

Ciudad y País

\_\_\_\_\_

Teléfono

Numero Postal

### INSTRUCCIONES

Estos formularios en blanco se le suministran al asegurado para facilitarle la presentación de los hechos relativos a la reclamación que se hace para recibir los beneficios de incapacidad, quedando entendido que tal procedimiento no debe interpretarse en el sentido de que la compañía admite la existencia de obligación, ni debe prevenir a la compañía que se establezca cualquier y toda defensa legal a que tenga recurso.

Se llama la atención al hecho de que la incapacidad que es permanente pero parcial únicamente, o que es total pero temporal únicamente, no le da al asegurado el derecho de disfrutar de los beneficios de incapacidad total y permanente de la póliza.

Cada una de las preguntas debe ser contestada clara e íntegramente. Las preguntas que no conciernen al asegurado deben contestarse con la palabra "Ninguno". La compañía se reserva el derecho de exigir mayores informes, si fuere necesario