

Solicitud:	Código de asegurado propuesto:	Póliza:
------------	--------------------------------	---------

DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO

Primer apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Segundo apellido: _____ Lugar: _____
 Primer nombre: _____ Sexo: M F
 Segundo nombre: _____ Estado civil: _____
 Apellido de casada: _____ NIT: _____
 1. Documento de identificación: DPI Pasaporte Otro 2. No. de Documento: _____
 3. País de residencia: _____ (Se entiende por país de residencia donde ha residido por más de ciento ochenta (180) días corridos, durante cualquier periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días.
 4. Es residente o ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica: Sí No
 5. En caso afirmativo indique si es: Residente Ciudadano
 6. No. de Green Card o Social Security: _____

DIRECCIÓN FISCAL (LA QUE APARECERÁ EN SU FACTURA)

1. País: _____ 2. Departamento: _____ 3. Municipio: _____
 4. Colonia: _____ 5. Zona: _____ 6. Código postal: _____
 7. Calle/Ave./No.: _____

DIRECCIÓN DE COBRO (VISITA DEL COBRADOR)

1. País: _____ 2. Departamento: _____ 3. Municipio: _____
 4. Colonia: _____ 5. Zona: _____ 6. Código postal: _____
 7. Calle/Ave./No.: _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA (EN DONDE USTED RECIBIRÁ CORRESPONDENCIA, FACTURAS, ESTADOS DE CUENTA, INVITACIONES, ETC.)

1. País: _____ 2. Departamento: _____ 3. Municipio: _____
 4. Colonia: _____ 5. Zona: _____ 6. Código postal: _____
 7. Calle/Ave./No.: _____
 8. Correo electrónico personal: _____
 9. Correo electrónico de oficina: _____
 10. Teléfono de casa: _____ 11. Teléfono de oficina: _____
 12. Teléfono celular 1: _____ 13. Teléfono celular 2: _____ 14. Teléfono celular 3: _____

PLAN DE SEGURO SOLICITADO

1. Plan: _____ 2. Prima: _____ 3. Forma de pago: A S T M
 4. Protección constante (PC1): Sí No 5. Aporte extraordinario: _____ 6. Años de pago: _____
 7. Inicio de vigencia: _____ 8. Seguro: Individual Familiar

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

Beneficio	Suma asegurada	Incremento programado (Vida universal)	Beneficio	Suma asegurada	Incremento programado (Vida universal)

PORCENTAJES Y DURACIÓN DE CRECIMIENTO (EXCLUSIVO PARA VIDA UNIVERSAL)

1. En suma asegurada _____ % anual aplicado por _____ años. 2. En las primas _____ % anual aplicado por _____ años.

CÓNYUGE ASEGURADO PARA SEFA (EXCLUSIVO PARA VIDA UNIVERSAL)

Nombres y apellidos: _____ Fumador: Sí No
Fecha de nacimiento: _____ DPI No: _____ Extendido en: _____

BENEFICIARIOS. EL BENEFICIARIO NETO DEL SEGURO DEBE PAGARSE EN LA FORMA SIGUIENTE:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PAGO

HÁBITOS DE VIDA

- ¿Cuál es su ocupación o profesión actual? _____
Si trabaja en lugares que podrían ser peligrosos por la altura, con maquinarias o desempeña cualquier actividad que podría ser considerada peligrosa, sírvase dar detalles: _____
- Nombre y dirección del negocio donde trabaja: _____
- Tiempo de laborar en la empresa: _____ Puesto que ocupa: _____
- ¿Tiene otras ocupaciones? Sí No Detállelas: _____
- ¿Cuál es su ingreso mensual? _____
- ¿Qué profesión u oficio ha desempeñado en el pasado? _____
- ¿Ha tenido que cambiar de profesión o el oficio por razones de salud? _____
- ¿Practica, si bien ocasionalmente, alguna actividad deportiva? Sí No ¿Cuál? _____
Si es así ¿Profesionalmente? _____ o ¿Cómo aficionado?
¿Participa o tiene intención de participar en competencias deportivas? Sí No
¿Cuáles? _____
- ¿Hace uso de aviones particulares o helicópteros? Sí No Pasajero o Piloto
- Alguna vez le han suspendido el permiso de conducir? Sí No ¿Por qué motivo? _____

- ¿Es derecho? _____ o ¿Izquierdo? _____
- ¿Ha viajado o vivido en el extranjero en los últimos tres años? Sí No
Si es así ¿En donde y por cuánto tiempo? _____
¿Piensa viajar o vivir fuera de Guatemala? Sí No
Si es así ¿Dónde? _____

MOTIVO DE CONTRATACIÓN Y OTROS SEGUROS

- Motivo de la actual propuesta de seguro:
*Deberá completar formulario adicional.
Protección familiar Protección para la vejez *Póliza hombre clave *Cobertura para préstamo
*Cobertura para Protección asociados Otras: _____
- ¿Tiene otras pólizas de seguro vigentes (cobertura personal): en caso de muerte, invalidez, accidentes, enfermedades graves, asistencia a largo plazo? Sí No
Si las hay, precise ¿cuáles?, el importe asegurado, la prima anual, la fecha de inicio y de vencimiento, las condiciones de aceptación (normal, diferida, ajustada con extra prima de salud _____% o con extra prima profesional/residencial, con limitaciones del importe, reducción de la duración, con exclusiones/cuáles): _____
- Indicar si en el pasado se le han rechazado, diferido o se le han aceptado con recargos (por condiciones de salud u ocupación) solicitudes para un seguro de vida, de enfermedades graves, invalidez, accidentes o asistencia a largo plazo: Sí No
Si es así por favor detalle: _____
- ¿Esta tramitando otros seguros de cobertura personal? Sí No
Si es así, puntualizar cuál es el plan, el importe asegurado, la prima y la compañía de seguros: _____

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO FÍSICO

1. ¿Tiene un médico de cabecera habitual o de familia? Sí No
 Nombre y apellido: _____ Dirección: _____
 Si ha cambiado de médico en los últimos seis meses, indique los datos del médico actual:
 Nombre y apellido: _____ Dirección: _____
2. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajo? Sí No
 ¿Por qué? _____
3. ¿Se han diagnosticado o presentado en su familia (aún en línea colateral): tumores malignos, enfermedades cardíacas, ictus, hipertensión, gota, colesterol y triglicéridos elevados, diabetes, tuberculosis, alcoholismo, suicidio, epilepsia u otras enfermedades nerviosas, mentales o enfermedades hereditarias? Sí No
 Sí Detalle: _____
4. ¿Padece actualmente alguna enfermedad física, psíquica o invalidez? Sí No
 Detalle: _____
5. ¿Padece o ha padecido o sentido en algún momento algún síntoma o malestar que le haga presumir de la existencia de alguna enfermedad? Sí No
 Detalle: _____
6. Señale los valores de: Estatura Mts. _____ Peso Lbs. _____
7. ¿Está padeciendo o alguna vez ha padecido las siguientes enfermedades o trastornos? (contestar "Sí o No" y detallarlas ampliamente indicando la fecha, la duración, el tipo, el tratamiento, el resultado y las eventuales recaídas):

A) Enfermedades del aparato respiratorio: asma, enfisema, tuberculosis u otras. Detalle: _____	Sí	No
B) Enfermedades del aparato cardiovascular: malformaciones congénitas, cardiopatía isquémica, valvulopatías, arritmia, enfermedades del miocardio o pericardio, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, arteriopatías o flebopatías u otras. Detalle: _____	Sí	No
C) Enfermedades del aparato digestivo: enfermedades del esófago, úlceras del estómago o duodenales gastroduodenitis, hemorragias gastrointestinales, colitis ulcerosas, pólipos, hemorroides, enfermedades inflamatorias crónicas del intestino, afecciones del hígado, de la vesícula biliar, del páncreas, afecciones renales u otras. Detalle: _____	Sí	No
D) Cualquier forma de tumor sea benigno o maligno, cualquier forma de cáncer. Detalle: _____	Sí	No
E) Enfermedades del sistema nerviosos o psíquico: epilepsia, parálisis, depresión, alcoholismo, tentativas de suicidio, accidentes vasculares cerebrales u otras. Detalle: _____	Sí	No
F) Enfermedades del aparato músculo-esquelético: enfermedades de los huesos, articulaciones, columna vertebral u otras. Detalle: _____	Sí	No
G) Enfermedades de los ojos: glaucoma, enfermedades de la retina u otras. Detalle: _____	Sí	No
H) Enfermedades auditivas o de los oídos. Detalle: _____	Sí	No
I) Enfermedades del aparato urogenital. Detalle: _____	Sí	No
J) Enfermedades de la tiroides, obesidad, colesterol y triglicéridos elevados, trastornos hormonales, diabetes, gota u otras. Detalles: _____	Sí	No
K) ¿Otras enfermedades? Detalle: _____	Sí	No

8. ¿Ha aumentado o disminuido su peso más de 15 libras en los últimos 2 años? Sí No
 Si es así, indique cantidad de libras y la posible causa:
 Detalle: _____
9. ¿Usa o ingiere actualmente algún medicamento? Sí No ¿Por prescripción médica? Sí No
 Detalle: _____
10. ¿Usa o ingiere cualquier tipo de droga, estupefacientes y/o psicotrópicos que alteren su estado mental y/o físico que produzca hábito? Sí No
 Detalle: _____

11. ¿Hizo o hace uso actualmente de cualquier tipo de droga? Sí No
Detalle: _____
12. ¿Le están haciendo o le han hecho tratamientos mentales? Sí No
Detalle: _____
13. ¿Ha padecido en el pasado o padece actualmente de enfermedades o ha sufrido accidentes, con secuelas que lo dejaron incapacitado? Sí No
Detalle: _____
14. ¿Ha interrumpido su actividad u ocupación habitual por enfermedad o accidentes, por más de tres semanas seguidas, durante los últimos cinco años? Sí No
Detalle: _____
15. ¿Ha estado internado en clínicas, sanatorios u hospitales por enfermedades, intervenciones quirúrgicas o tratamientos invasores con la excepción de parto, operaciones por apendicectomía, tonsilectomía, adenoidectomía, hermiectomía, colectomía, efectuadas hace más de dos años? Sí No
Detalle: _____ Fecha: _____
16. ¿Le han practicado estudios clínicos (análisis de laboratorio, electrocardiograma, rayos X, visitas especializadas u otras investigaciones especiales) para diagnóstico de alguna enfermedad existente? Sí No
Detalle: _____ Fecha: _____
17. ¿Ha tenido resultado positivo para VIH/SIDA o hepatitis B, C o le ha efectuado análisis o seguido un tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, enfermedades tropicales, infecciosas o parasitarias? Sí No
Detalle: _____ Fecha: _____
18. ¿Ha estado recientemente en países tropicales? Dónde: _____ Sí No
19. ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéuticas con hemoderivados? Sí No
¿Por qué motivo? _____ Fecha: _____
20. ¿Le impidieron alguna vez donar sangre? Sí No
Detalle: _____
21. ¿Le han hecho alguna vez radioterapia o quimioterapia? Sí No
Detalle: _____
22. ¿Tiene previsto un próximo ingreso a un hospital, clínica particular o instituciones similares o piensa someterse a una intervención quirúrgica? Sí No
Detalle: _____ Fecha: _____
23. ¿Fuma usted habitualmente? Si es así, indique cantidad diaria? Sí No
Cigarros: _____ Puro: _____ Pipa: _____ Masca tabaco: _____
24. ¿Ha fumado en el pasado? Sí No
Detalle: _____
¿Hasta cuándo? _____
¿Ha cambiado alguna vez su hábito de fumar bajo consejo del médico o le han aconsejado que deje de fumar?

25. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si es así, indique cantidad diaria? Sí No
Clase: _____ Cantidad: _____ ¿Desde cuándo? _____ ¿Las ha ingerido anteriormente? _____
26. ¿Ha reducido tal cantidad bajo consejo del médico o le han aconsejado hacerlo? Sí No
Detalle: _____
27. ¿Ha consultado a algún médico durante los últimos tres años? Sí No
Detalle: _____

DATOS ADICIONALES SI EL ASEGURADO PROPUESTO ES MUJER

A) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo? Detalle: _____	Sí	No
B) ¿Está embarazada? Indique en qué semana de gestión está actualmente? Detalle: _____	Sí	No
C) ¿Ha tenido abortos? ¿Cuántos? Detalle: _____	Sí	No

D) ¿Cuántos partos ha tenido? Detalle: _____	Sí	No
E) ¿Hubo anomalías en algún parto? Detalle: _____	Sí	No

28. Señale todo trastorno u otra enfermedad, deformidad o problema que no haya sido citado en las preguntas anteriores, favor de proporcionar amplia información en el espacio siguiente o en hoja separada indicando:

fecha: _____ duración: _____ tratamiento: _____ y _____
estado actual: _____

DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO PROPUESTO

Autorizo a los médicos o entidades que me hayan asistido o examinado, para que proporcionen a ASEGURADORA GENERAL, S.A. los informes que requieran referentes a mi salud y/o enfermedades anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno, inclusive después del padecimiento de la enfermedad que se está investigando. Para tal efecto relevo a los médicos y al personal de las entidades del secreto profesional del caso en que me hayan asistido o examinado. Asimismo una fotocopia de la información obtenida por la aseguradora será tan válida como el original.

Queda entendido y convenido que: Aseguradora General, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

NOTA: Antes de firmar asegúrese de leer toda la solicitud, pues esta forma es parte legal de su expediente. Asimismo, el asegurado propuesto deberá firmar en presencia de agente y en caso de no saber firmar, deberá estampar su huella digital del pulgar de la mano derecha, firmando otra persona a su ruego.

Lugar y fecha de la solicitud: _____

Firma del asegurado propuesto: _____ Firma del agente (Testigo): _____

SIRVASE INDICAR EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TRES PERSONAS A QUIEN PODAMOS DIRIGIRNOS CON RESPECTO A ESTA SOLICITUD

Nombres y apellidos completos:	Dirección:	Teléfono:

DATOS DEL CONTRATANTE (SI ES DIFERENTE AL ASEGURADO PROPUESTO)

Denominación o razón social
(en caso el contratante sea una persona jurídica) _____

Primer apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Segundo apellido: _____ Lugar: _____

Primer nombre: _____ Sexo: M F

Segundo nombre: _____ Estado civil: _____

Apellido de casada: _____ NIT: _____

No. de DPI o Cédula de Vecindad: _____ Extendida (o) en: _____

DIRECCIÓN FISCAL (LA QUE APARECERÁ EN SU FACTURA)

1. País: _____ 2. Departamento: _____ 3. Municipio: _____

4. Colonia: _____ 5. Zona: _____ 6. Código postal: _____

7. Calle/Ave./No.: _____

DIRECCIÓN DE COBRO (VISITA DEL COBRADOR)

1. País: _____ 2. Departamento: _____ 3. Municipio: _____

4. Colonia: _____ 5. Zona: _____ 6. Código postal: _____

7. Calle/Ave./No.: _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA (EN DONDE USTED RECIBIRÁ CORRESPONDENCIA, FACTURAS, ESTADOS DE CUENTA, INVITACIONES, ETC.)

1. País: _____ 2. Departamento: _____ 3. Municipio: _____

4. Colonia: _____ 5. Zona: _____ 6. Código postal: _____

7. Calle/Ave./No.: _____
8. Correo electrónico personal: _____
9. Correo electrónico de oficina: _____
12. Teléfono de casa: _____ 13. Teléfono de oficina: _____ 14. Teléfono celular: _____

CONDUCTO DE PAGO

1. Medio por el cual pagará su seguro:

*Llenar formulario correspondiente.

• Débito automático a tarjeta de crédito

*Visa cuotas

* Débito bancario (en cuenta de ahorro o monetario)

Depósito en cuenta
(Consulte con su asesor sobre bancos disponibles)

Cobro a domicilio

Pago en caja

Agente o corredor

Día de pago:

De acuerdo con lo establecido en la ley de acceso de la información pública, ley contra el lavado de dinero u otros activos y su reglamento y ley para prevenir y reprimir el financiamiento del terrorismo y su reglamento, por medio de la presente autorizo para que verifique cualquier información de mi persona, en cualquier base de datos pública o privada, autorización expresa que se extiende a las empresas que prestan el servicio de información, para que puedan suministrar información de mi persona, con el propósito de que ASEGURADORA GENERAL, S.A., pueda verificar la información proporcionada para tramitar mi solicitud y/o verificaciones posteriores relacionadas con este negocio.

Firma del Contratante

Firma del solicitante

Informe confidencial del agente

- ¿Que relación tiene con el solicitante? Conocido reciente Conocido durante ____ años Pariente
- ¿En cuánto estima su capital propio? _____
- Si es comerciante o industrial, ¿Cuál es el giro de sus negocios?

- ¿Tiene otras actividades o pasatiempos, diferentes a los deportes, de mayor riesgo?

- ¿Es militar? Sí NO Indique el grado: _____
- ¿Se dedica a la política activamente? _____
- Sabe usted algo adicional, además de lo expuesto, que pueda agravar el riesgo del seguro solicitado:

- Dé detalles completos de cualquier información que pueda ayudar a clasificar el riesgo, aclarar la solicitud o explicar las respuestas arriba indicadas (si fuera necesario use una hoja adicional)

El agente declara haber visto personalmente al solicitante del seguro y da fe de su firma en la solicitud.

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____

AGENTE. DECLARACIÓN

¿Le consta a usted que el asegurado propuesto firmó la presente solicitud? Sí NO
¿Por qué? _____

CÓDIGO	NOMBRE Y FIRMA	%	CÓDIGO	NOMBRE Y FIRMA	%

He revisado cuidadosamente las respuestas dadas en esta solicitud junto con el agente y estoy satisfecho con su exactitud.

Supervisor de agentes

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 953-2013 de fecha 13 de septiembre de 2013.



TÉRMINOS Y CONDICIONES VÁLIDOS PARA ESTE RECIBO

1. El seguro surtirá efecto condicionalmente desde la fecha de la solicitud respectiva o del examen médico, la que sea más tardía, siempre que se le presente pruebas satisfactorias a la compañía de que en dicha fecha el solicitante era asegurable como riesgo normal, de acuerdo con las normas de la compañía para el plan y monto solicitado.
2. La compañía dispondrá de 60 días después de la fecha de la solicitud para estudiarla y decidir la acción que deberá tomarse al respecto, y si dentro de tal plazo el solicitante no recibe aviso de la aceptación o rechazo de su solicitud, entonces deberá considerarla como no aceptada por la compañía.
3. Si la compañía se rehúsa aceptar la solicitud y emitir la póliza de acuerdo con el plan, la cantidad y tipo de la prima solicitados, no contraerá ningún compromiso en virtud de la solicitud de este recibo. en tal caso de la compañía le reintegrará al solicitante la suma pagada por él.
4. Este recibo condicional no será válido a menos que: A) el nombre registrado en este recibo identifique al solicitante o contratante de la solicitud respectiva y B) la fecha y el número de este recibo y la solicitud sean iguales.
5. Este recibo no surtirá efecto alguno si es alterado en alguna forma.



Solicitud: _____

Codo del recibo condicional entregado a: _____

Por valor de: _____

Como anticipo de pago de la primera prima para el trámite de la solicitud de seguro de vida identificada con el número impreso en el mismo.

Fecha: _____

Código agente: _____

Firma del solicitante



Ingreso a caja
Por solicitud en trámite de vida

Solicitud: _____

Nombre: _____

Valor: _____

Cheque Efectivo

Código agente: _____

Fecha: _____

RECIBO CONDICIONAL

Solicitud

Este recibo no debe de utilizarse a menos que se haya recibido un pago con la solicitud.

ASEGURADORA GENERAL

Recibe de: _____

La cantidad de: _____

Como anticipo o totalidad de la primera prima para seguro de vida, a cuyo efecto hoy se ha hecho la solicitud respectiva del formulario que lleva el mismo número y fecha de este recibo, sujeto a los términos y condiciones que rigen en esta compañía con respecto a la aceptación de riesgos y que aparecen al reverso de este recibo.

Si en un periodo de 15 días hábiles usted no ha recibido información sobre su solicitud sírvase comunicarse con nostostro al tel: 2285-7200 Depto. Vida individual, será un placer atenderle.

Fechado en _____ el _____

Nombre y firma del intermediario Código: _____