



(Este cuestionario es confidencial para uso de la Compañía. Toda pregunta deberá ser contestada sin usar rayas, ni tachones, con el mismo tipo de lapicero y escrita de puño y letra, por el solicitante)

### DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

#### A. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO TITULAR

1. Nombres y apellidos completos: \_\_\_\_\_
2. Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Edad: \_\_\_\_\_ 4. Sexo: \_\_\_\_\_
5. Estado civil: \_\_\_\_\_
6. Estatura: (Mts.) \_\_\_\_\_ 7. Peso: (Lbs.): \_\_\_\_\_
8. NIT: \_\_\_\_\_ 9. DPI\*o Pasaporte\*: \_\_\_\_\_
10. Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_
- Depto.: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_
11. E-mail: \_\_\_\_\_ 12. Tel.: \_\_\_\_\_
13. Cel.: \_\_\_\_\_ 14. Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_
- \* Adjuntar fotocopia completa con datos y firma legible (Si es menor de edad es necesario adjuntar copia de partida de nacimiento)

### DATOS DEL SOLICITANTE (EN CASO DE QUE EL ASEGURADO TITULAR SEA MENOR DE EDAD)

#### B. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

15. Nombres y apellidos completos: \_\_\_\_\_
16. Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
17. Parentesco con el Asegurado Titular: \_\_\_\_\_
18. NIT: \_\_\_\_\_ 19. DPI\*o Pasaporte\*: \_\_\_\_\_
20. Dirección domicilio: \_\_\_\_\_
- Depto.: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_
21. E-mail: \_\_\_\_\_ 22. Tel.: \_\_\_\_\_
23. Cel.: \_\_\_\_\_
- \*Adjuntar fotocopia completa con datos y firma legible



D.BENEFICIOS

31. Seleccione su plan:

Seguro de vida y gastos médicos a.Plan seleccionado: \_\_\_\_\_

Coberturas adicionales

Seguro de vida para cónyuge

Si  No

Cobertura Dental (una vez contratada la cobertura no puede ser removida)e

Si  No

**NOMBRE DE SUS FAMILIARES DEPENDIENTES (EN CASO DE SOLICITAR LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS Y SER MAYOR DE EDAD)**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	OCUPACIÓN	SEXO M/F	ESTATURA (MTS)	PESO (LBS.)	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD
					DIA	MES	AÑO	
Cónyuge:								
Hijos:*								

\* Si uno de sus hijos es menor de un año, adjuntar informe de su pediatra (solicitar formulario a su agente o corredor de seguros).

32. DATOS LABORALES DEL CÓNYUGE:

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



## E. DECLARACIÓN DE SALUD

33. ¿Los nombrados en esta solicitud como propuesto asegurado titular y sus Familiares dependientes indicados arriba padecen o han padecido alguna de las siguientes enfermedades?

(Marque todas las preguntas, que apliquen para el asegurado titular o alguno de sus Familiares dependientes)

Si

No

a. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad?

b. ¿Enfermedades o defectos de la vista, oído, nariz, garganta?

c. ¿Desmayos o mareos, pérdida del conocimiento, convulsiones, dolores de cabeza severos, cefalea o migraña, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia, apoplejía?

d. ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectorar sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, neumonía, rinitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño?

e. ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón o cualquier otra enfermedad del corazón, bloqueo y/o arritmia cardíaca, cualquier afección del aparato circulatorio, vasos arteriales, venas varicosas, aneurismas, etc?

f. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, esófago, vesícula biliar, páncreas, colon, recto o ano?

g. ¿Azúcar, insulina, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otra enfermedad del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uretra y órganos reproductivos?

h. ¿Enfermedades de la glándula de tiroides u otro trastorno endocrinológico, glándulas suprarrenales o cualquier otra glándula, diabetes, dislipidemia o colesterol y/o triglicéridos elevados, hiperuricemia o cualquier alteración de los lípidos?

i. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?

j. ¿Alguna deformidad, cojera, amputación o menoscabo físico, trastorno o enfermedad de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cadera, espina dorsal, columna vertebral, espalda, articulaciones, discos intervertebrales, osteoporosis u osteopenia?

k. ¿Trastorno de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer, manchas y acné?

l. ¿Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea y sistema linfático, hepatitis B, hepatitis C, lupus, artritis reumatoidea y otras enfermedades autoinmunes o enfermedades del colágeno?

m. ¿Enfermedades por deficiencia inmunitaria, VIH, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultados positivos de anticuerpos SIDA; alguna enfermedad de transmisión sexual?

n. ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?

ñ. ¿Cualquier enfermedad o malformación congénita?

o. ¿Ha sido sometido a algún procedimiento de cirugía plástica en cualquier etapa de su vida?

Además de las preguntas anteriormente mencionadas, el solicitante asegurado titular o alguno de sus familiares dependientes:

p. Durante los últimos cinco años:

I) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución?

 

II) ¿Se ha hecho electrocardiogramas, radiografías, laboratorios u otra prueba diagnóstica?

 

III) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha realizado?

 

q. ¿Ha consultado a un médico durante los últimos 12 meses?

 

r. ¿En cualquier momento ha sido tratado por obesidad o su peso ha aumentado o disminuido en más de 15 libras en los últimos 2 años?

 

Si es así indique la cantidad de libras y la causa \_\_\_\_\_

s. ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinaciones (incluyendo la marihuana, narcóticos o cualquier otra droga) estupefacientes y/o psicotrópicos que alteren su estado mental y/o físico?

 

t. ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?

 

u. ¿Ha sufrido algún accidente cuyas lesiones, secuelas o complicaciones hayan durado más de 3 meses o ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?

 

v. ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental?

 

w. ¿El solicitante asegurado titular o cualquiera de los miembros de su familia fuma actualmente o ha fumado cigarrillos, consume ahora o ha consumido alcohol u otras drogas?

 

x. ¿Practica el solicitante asegurado titular o alguno de sus familiares dependientes montañismo, carrera de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad peligrosa?

 

y. ¿Ha sido o piensa ser, piloto o miembro de la tripulación de un avión particular?

 

z. ¿Ha padecido o padece de alguna enfermedad, afección o lesión diferente a las indicadas anteriormente?

 

34. SOLO PARA MUJERES (Asegurado Titular, cónyuge e hijas dependientes)

 

PREGUNTA: ¿Usted o algún de Familiar dependiente indicado arriba padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

A. ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?

 

B. ¿Operación cesárea, legrado, cirugía de útero, ovarios, trompas, vagina?

 

C. ¿Se encuentra embarazada? (si se encuentra, favor indicar fecha en que espera el alumbramiento, complicaciones, etc.)

 

D. ¿Cuántos hijos ha tenido, todos vivos? \_\_\_\_\_

E. ¿Padece o ha padecido de quistes, fibromas, endometriosis?

F. ¿Cuándo se le practicó su último Papanicolaou? \_\_\_\_\_

G. ¿Cuál fue su resultado, realizó algún tratamiento al respecto? \_\_\_\_\_

H. ¿Fecha de su última menstruación?

Nombre de Quien Aplica	Día	Mes	Año

Si cualquiera de las respuestas fue afirmativa, para usted o alguno de sus dependientes, detalle a continuación o en hojas adicionales la siguiente información mínima:

Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia y/o Diagnóstico	Fecha de Tratamiento
Duración de Tratamiento	Tratamiento Dado	Nombre del medico y/u Hospital que atendio	Condicion Actual del padecimiento
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia y/o Diagnostico	Fecha de Tratamiento
Duracion de Tratamiento	Tratamiento Dado	Nombre del medico y/u Hospital que atendio	Condicion Actual del padecimiento
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia y/o Diagnostico	Fecha de Tratamiento
Duracion de Tratamiento	Tratamiento Dado	Nombre del medico y/u Hospital que atendio	Condicion Actual del padecimiento
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia y/o Diagnostico	Fecha de Tratamiento
Duracion de Tratamiento	Tratamiento Dado	Nombre del medico y/u Hospital que atendio	Condicion Actual del padecimiento
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia y/o Diagnostico	Fecha de Tratamiento
Duracion de Tratamiento	Tratamiento Dado	Nombre del medico y/u Hospital que atendio	Condicion Actual del padecimiento

F35. ¿Se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? Si  No

Por favor detalle:

Nombre a quien Aplica	Diagnostico	Medicamento	Dosis	Tratamiento

Fecha de inicio del tratamiento (día, mes y año): \_\_\_\_\_

Tratamiento actual: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección, correo electrónico y teléfono de su médico familiar: \_\_\_\_\_

36. Indique los seguros de vida y gastos médicos que tenga en vigor, en trámite y/o los que ha tenido:

Aseguradora	Fecha de Emision	Monto de Seguro de Vida	Beneficios Maximos de Gastos Medicos	Para quien aplica:

37. ¿Reemplaza este seguro alguna otra póliza actualmente en vigor? Si  No

Especifique, cual: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Fecha alta: \_\_\_\_\_ Fecha baja: \_\_\_\_\_

38. ¿Desea traslado de Preexistencia? Si  No

Consulte a su corredor o intermediario los requisitos que debe presentar.

39. ¿A usted o a cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, les han sido rechazadas, aplazadas, modificadas, aumentadas las tarifas, en alguna solicitud de seguro, de renovación, de rehabilitación o de cambio de póliza de seguro de vida, accidente o gastos médico? Si  No



Por favor detalle:

Nombre a quien Aplica	Compañía	Fecha	Tipo de Seguro	Razon o Motivo

40. ¿Ha reclamado usted o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, como beneficiarios de póliza de accidentes o gastos por invalidez? Si  No

por favor detalle:

Nombre a quien Aplica	Compañía	Fecha	Cantidad Recibida	Causa

#### F. CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente, solicito a Aseguradora General, S.A. la protección de seguro por la(s) cantidad(es) y forma(s) por las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el contrato de seguro emitido al Asegurado Titular y me comprometo a el cargo de la cantidad requerida para cubrir mi cuota de las primas.

Me reservo a revocar la autorización para dicho cargo en cualquier tiempo mediante aviso escrito a la Aseguradora. Declaro que en lo que concierne a mi persona, si me encontrara amparado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con los mismos beneficios que solicito al respecto a hospitalización, cirugía y atención médica, no obstante a ello, manifiesto mi anuencia a participar en los planes de seguro de vida, gastos médicos y dentales de Aseguradora General, S.A.

#### G. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

a. Por la presente designo como beneficiario de mi cobertura de Gastos Médicos a: \_\_\_\_\_ con lo cual percibirá cualquier suma por algún reclamo pendiente de pago en el caso de mi eventual fallecimiento.

#### b. BENEFICIARIOS DEL TITULAR

En caso de ser aceptada mi solicitud de seguro, nombro como beneficiarios de mi cobertura de vida:

##### PRIMEROS BENEFICIARIOS

Nombres Completos de los Beneficiarios	Parentesco	Porcentaje

##### SEGUNDOS BENEFICIARIOS

Nombres Completos de los Beneficiarios	Parentesco	Porcentaje





c. BENEFICIARIOS DEL CÓNYUGE

(si contrata seguro de vida)

En caso de ser aceptada mi solicitud de seguro, nombro como beneficiarios de mi cobertura de vida:

PRIMEROS BENEFICIARIOS (Solo para Mayores de edad)

Nombres Completos de los Beneficiarios	Parentesco	Porcentaje

SEGUNDOS BENEFICIARIOS

Nombres Completos de los Beneficiarios	Parentesco	Porcentaje

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 Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.

Por este medio autorizo a cualquier médico practicante, hospital, clínica o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre mí, mi cónyuge o sobre mi salud, la de mi cónyuge o la de mis hijos, para que divulguen esa información a Aseguradora General, S.A. o a sus reaseguradores, en el momento en que la compañía lo considere necesario para evaluar a mi grupo familiar en el seguro de vida, el seguro de gastos médicos, plan dental o cualquier otro beneficio que ofrezca bajo el presente programa, relevándolos del secreto profesional, aún si esta información fuese requerida, posteriormente a mi fallecimiento o de alguno de mis dependientes. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Asimismo, la compañía puede solicitar que yo o algunos de mis dependientes se sometan a ciertas pruebas consideradas necesarias para evaluar esta solicitud de seguro. Tales pruebas incluirán, pero no se limitarán a informe de análisis de orina, electrocardiogramas, radiografías de tórax y pruebas sanguíneas para colesterol, lípidos, diabetes, infección, por el virus del VIH / SIDA y trastornos hepáticos y renales. Si se requiere un reporte de inspección sobre mi persona o algunos de mis dependientes, solicito ser entrevistado y acepto presentar la información que me sea solicitada.

En mi calidad de asegurado titular, esta autorización se extiende para todos mis dependientes que solicitan cobertura dentro de la presente solicitud, ya sean menores o mayores de edad. Esta solicitud de seguro forma parte de la póliza de Gastos Médicos Individuales. Entiendo que todos los rubros de esta solicitud deben ser completados o contestados. En caso contrario, la solicitud no podrá ser procesada y será devuelta como incompleta.

De acuerdo a lo establecido en los artículos 9, numeral 1 y 64 de la Ley de Acceso a la Información Pública; 19, 21, 22, 28 y 46 de la Ley Contra el Lavado de Dinero y otros Activos; 12 y 20 de su reglamento; 50, 55, 56 y 58 de la Ley de Bancos y Grupos Financieros, autorizo a las empresas que distribuyen o comercializan con datos personales, para que puedan adquirir de cualquier entidad y proporcionar a Aseguradora General, S.A. estudios que muestren información concerniente a mi persona y/o mis dependientes si procede a efecto que Aseguradora General, S.A. pueda verificar la información proporcionada para tramitar mi solicitud y/o verificaciones relacionadas con este negocio.



Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del solicitante

Firma del solicitante

Nombre y apellidos del cónyuge  
(solo si hay cobertura de seguro de vida)

Firma del cónyuge  
(solo si hay cobertura de seguro de vida)

Nombre del intermediario de seguro

Firma y código del intermediario de seguro

Correo electrónico agente: \_\_\_\_\_

Tel. Agente: \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO OFICIAL DE ASEGURADORA GENERAL, S.A.

Solicitud incompleta: favor completar las respuestas o requisitos señalados:

Solicitud aceptada: Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha inicio de vigencia \_\_\_\_\_

Solicitud rechazada: Fecha : \_\_\_\_\_

Solicitud pospuesta: Fecha: \_\_\_\_\_

Pendiente: \_\_\_\_\_

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

Firma del analista

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ , registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.