

# SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS



P-GGM-01-R-22-V2

## 1. PROPUESTOS ASEGURADOS:

**TITULAR:**

Lugar y fecha de Nacimiento:

Sexo M  F  Estado Civil: S  C  Documento de identificación:

Profesión u oficio:

Estatura (mts.):  Peso (lbs):

**CONYUGE:**

Lugar y fecha de Nacimiento:

Sexo M  F  Estado Civil: S  C  Documento de identificación:

Profesión u oficio:

Estatura (mts.):  Peso (lbs):

**HIJO (A):**

Lugar y fecha de Nacimiento:

Sexo M  F  Estado Civil: S  C  Documento de identificación:

Profesión u oficio:

Estatura (mts.):  Peso (lbs):

**HIJO (A):**

Lugar y fecha de Nacimiento:

Sexo M  F  Estado Civil: S  C  Documento de identificación:

Profesión u oficio:

Estatura (mts.):  Peso (lbs):

**HIJO (A):**

Lugar y fecha de Nacimiento:

Sexo M  F  Estado Civil: S  C  Documento de identificación:

Profesión u oficio:

Estatura (mts.):  Peso (lbs):

**HIJO (A):**

Lugar y fecha de Nacimiento:

Sexo M  F  Estado Civil: S  C  Documento de identificación:

Profesión u oficio:

Estatura (mts.):  Peso (lbs):

Nota: En caso de haber más hijos(as), adjuntar la misma información de cada uno.

## 2. DIRECCIÓN:

2.1 Residencia:

Teléfono fijo:  Celular:

2.2 Lugar de Trabajo:

Teléfono fijo:  Celular:

2.3 Enviar toda la correspondencia a: Residencia:  Lugar de Trabajo:  Otra:

Seguros Universales, S.A. | 4ª Calle 7-73, Zona 9 | apdo. 01009 | Guatemala, C.A.  
Tel.: 2384 7400 | universales.com | info@universales.com

**1789**

**3. SEGUROS DE VIDA y/o GASTOS MÉDICOS DEL SOLICITANTE, CÓNYUGE E HIJOS, BAJO EL CUAL HAYA ESTADO O ESTÉ CUBIERTO:**

Aseguradora:  Vida:  Gastos Médicos:

Ultimo año de vigencia:  Personas cubiertas: Solicitante  Cónyuge  Hijos

Aseguradora:  Vida:  Gastos Médicos:

Ultimo año de vigencia:  Personas cubiertas: Solicitante  Cónyuge  Hijos

Nota: En caso de haber más pólizas en vigor, continuar en otro formulario de solicitud.

**4. NOMBRE(S), DIRECCIÓN(ES) Y TELÉFONO(S) DE LOS MÉDICOS**

**DEL SOLICITANTE:**

**DEL CÓNYUGE:**

**HIJOS:**

**5. DECLARACIONES DE SALUD DEL SOLICITANTE, CÓNYUGE E HIJOS:**

(En caso la respuesta sea afirmativa, señalar con una (x) la persona a quien aplica)

**GENERAL:**

a. ¿Ha consumido alguna vez barbitúricos, amfetaminas, drogas que producen alucinaciones, incluyendo heroína, morfina, LSD, marihuana u otra droga narcótica?

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

b. ¿Alguna vez ha estado bajo observación o tratamiento psiquiátrico o psicológico?

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

c. ¿Practica algún deporte o actividad peligrosa como aviación, buceo, carreras automovilísticas, motocross, moto enduro, moto velocidad, parapente, rapel, alpinismo, paracaidismo u otro deporte o actividad de naturaleza extrema o peligrosa?

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

d. ¿Fuma cigarrillos u otro producto adictivo derivado del tabaco?

SI  NO  En caso afirmativo, ¿Qué cantidad al día?  Si fumaba, pero dejó de hacerlo, ¿Qué tiempo hace que lo dejó?  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

e. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?

SI  NO  En caso afirmativo, indique la cantidad y la frecuencia

Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

f. ¿Se le ha aconsejado someterse a alguna: prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía; que haya descartado o que a la fecha tenga pendiente de realizar?

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

**6. HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE, CÓNYUGE E HIJOS:**

(En caso la respuesta sea afirmativa, señalar con una (x) la persona a quien aplica)

Con relación a cualesquiera de las enfermedades, síndromes, desórdenes o padecimientos listados en la parte inferior de este numeral: ¿Padece, ha padecido, está bajo tratamiento de, se le ha diagnosticado de, o se le ha informado sobre la sospecha de padecer o haber padecido de?

a. Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

b. Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataques cardiacos u otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

c. Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

d. Albúmina o sangre en la orina u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga, próstata, sistema urinario, o enfermedades venéreas:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

e. Enfermedades o desórdenes de la piel, del sistema linfático, los ganglios, quistes, tumores o cáncer:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

f. Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, divertículos, hemorroides, adherencias, indigestión recurrente u otro desorden del estómago:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

g. Alguna enfermedad o desorden de los músculos, huesos, articulaciones, columna vertebral, la espalda:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

h. Alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos, nariz o garganta:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

i. Alergia, anemia u otro desorden sanguíneo:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

j. Alguna enfermedad o desorden de los órganos reproductivos:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

k. Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformaciones o desórdenes:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

l. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Síndrome Complejo relacionado con el SIDA (SCRS):

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

m. Además de lo arriba mencionado, ha sido paciente en un hospital, clínica, Sanatorio u otra institución médica:

SI  NO  Solicitante ( ) Cónyuge ( ) Hijo ( )

**7. SI CUALQUIERA DE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ANTES FORMULADOS ES "SI",**

Amplíe detalladamente su respuesta:

Letra de la pregunta  Nombre de la persona:

Condición y complicaciones (indique si fue operado):

Fecha que comenzó (mes/año):  Duración:

Nombre del médico:  Nombre del Hospital:

# SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS



8. CUADRO DE BENEFICIOS	
COBERTURA	
Máximo vitalicio	
Reducción Máximo Vitalicio 65 años	
Cobertura del seguro	
Deducible dentro de Centro América	
Deducible fuera de Centro América	
Porcentaje de reembolso por Hospitalización dentro de Centro América / Límite por evento	
Porcentaje de reembolso por Hospitalización fuera de Centro América / Límite por evento	
Porcentaje de reembolso por servicios de paciente externo, dentro de Centro América	
Porcentaje de reembolso por servicios de paciente externo, fuera de Centro América	
Hospital: Cuarto diario y alimentación	
Unidad de cuidados intensivos	
Maternidad	
Cobertura Recién Nacido	
Exámenes preventivos con autorización previa	
Enfermera Privada	
Ambulancia Terrestre	
Transportación Aérea dentro de Centro América (Máximo)	
Transportación Aérea fuera de Centro América (Máximo)	
Cuidado diario de enfermero(a) en el hogar (máximo 180 días)	
Tratamiento de cáncer (quimoterapias), se limita a 2 años	
Tratamientos de hemodiálisis, se limita a 2 años	
Transplante de órganos (riñón, corazón, hígado, etc.)	

P-GGM-01-R-22-V2

Seguros Universales, S.A. 4ª Calle 7-73, Zona 9 apdo. 01009 Guatemala, C.A.  
Tel.: 2384 7400 | universales.com | info@universales.com

**1789**

# SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS



P-GGM-01-R-22-V2

9. BENEFICIARIOS PARA VIDA		
NOMBRES	PARENTESCO	PORCENTAJE

Centro América se define como Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

### OTRAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA:

En caso de fallecimiento del Asegurado, sus Dependientes tendrán cobertura por doce (12) meses, sin costo, siempre y cuando dicho Asegurado haya estado cubierto por esta póliza por un período mínimo de doce (12) meses y la misma se encuentre vigente.

Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud, que son la base sobre la cual se solicita Seguro Médico Individual, son completos y verídicos. Una vez aprobada la póliza de seguro, esta declaración pasará a formar parte integrante del respectivo contrato de seguro.

Por la presente autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, Compañía de Seguros o cualquier institución o dependencia pública o privada, para que proporcione a **Seguros Universales, S.A.**, y a esta última para solicitarle a aquellos, cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo o mis dependientes hayamos recibido. Desde ya acepto, que la negativa total o parcial de cualquiera de las fuentes citadas, a suministrar la información que fuere requerida por **Seguros Universales, S.A.**, será causa de rechazo de la presente solicitud.

Lugar y fecha:

Nombre y Código del Agente de **Seguros Universales, S.A.**

Nombre del Contratante:

Nombre del Asegurado:

Firma:

Firma y Sello como testigo:

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución 92-2011 del 28 de diciembre de 2011.

Seguros Universales, S.A. 4ª Calle 7-73, Zona 9 | apdo. 01009 Guatemala, C.A.  
Tel.: 2384 7400 | universales.com | info@universales.com

**1789**

# SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS



## ANEXO

Por este medio hago constar que el Señor (a)   
me explicó y aclaró los siguientes términos y coberturas:

- Período de Pre-existencia (12 meses)
- Emergencia
- Deducible Anual
- Medicamentos por Reembolso
- Cobertura de Maternidad
- Beneficio Máximo Vitalicio
- Nuestras Clínicas
- Sistema de Pago Directo

Queda entendido que he recibido una asesoría adecuada en cuanto a la información que debo conocer de la póliza de Gastos Médicos, de conformidad y entendido de todos los términos, condiciones y beneficios que contiene el contrato. Si existiera alguna enfermedad que no haya sido detallada en la solicitud automáticamente quedará excluida de la póliza.

Atentamente,

Nombre:

Firma:

## POLIZA DIGITAL

**Seguros Universales** se enorgullece de ser la primera aseguradora en Guatemala que ofrece tu póliza de seguros en formato digital con validez legal.

Por este medio autorizo a **Seguros Universales** que me envíe mis pólizas de seguro en formato digital.

Correo Electrónico:

# SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS



## DATOS DEL PAGADOR

### PERSONA INDIVIDUAL (Contratante)

Nombre

Número de Identificación Tributaria

Tipo y Número de Identificación Personal  DPI  Pasaporte

Nacionalidad  Fecha de Nacimiento

Profesión

¿Es persona políticamente expuesta?

¿Actúa en nombre propio?

Teléfono

Dirección

Email

### PERSONA JURÍDICA

**Empresa:**

Nombre Comercial

Número de Identificación Tributaria  Teléfono

Dirección

Email

País de Origen

Fecha de Constitución (día/mes/año)

Actividad Económica

### Representante Legal:

Nombres y Apellidos

Número de Identificación Tributaria

Tipo y Número de Identificación Personal  DPI  Pasaporte

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Profesión

¿Es persona políticamente expuesta?

¿Actúa en nombre propio?

Teléfono

Dirección

Email

\* ADJUNTAR REPRESENTACIÓN LEGAL, RECIBO DE AGUA, LUZ O TELÉFONO Y PATENTES

## AUTORIZACIÓN PARA COBRO DE PRIMA POR MEDIO DE TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Contrato \_\_\_\_\_  
( llenado por la aseguradora )

Por este medio Yo, \_\_\_\_\_

Autorizo a **SEGUROS UNIVERSALES, S.A** a cargar \_\_\_\_ cuotas en forma mensual y consecutiva el pago de prima de la póliza que se emita en consecuencia de la solicitud número \_\_\_\_\_ y/o póliza número \_\_\_\_\_

Dicho cargo autorizo que lo efectúen en fecha  (solo puede seleccionar del 1 al 10 del mes), en mi tarjeta (marcar tipo de tarjeta) crédito  / debito , con número \_\_\_\_\_, y con con fecha de vencimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_, por un valor mensual de Q. \_\_\_\_\_ monto en letras \_\_\_\_\_.

Por este medio autorizo al emisor de la tarjeta arriba identificada, a pagar el total indicado en este documento y me obligo a pagar al emisor este total más los cargos autorizados por el contrato que regula el uso de la misma.

\_\_\_\_\_  
Nombre del tarjeta-habiente

\_\_\_\_\_  
Firma del tarjeta-habiente