



# SOLICITUD DE SEGUROS DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS

Toda pregunta deberá ser contestada y escrita a puño y letra del solicitante

## I. SUMAS ASEGURADAS

Seguro de Vida

Seguro de Gastos Médicos

Plan \_\_\_\_\_

Incluye Indemnización por cáncer

Incluye Plan Dental

Si

No

Si

No

## II. DATOS DEL AGENTE-CORREDOR DE SEGUROS

Código

Nombre

## III. INFORMACIÓN IMPORTANTE (este cuestionario es confidencial para uso de la Compañía de Seguros) EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD NO IMPLICA LA ACEPTACION DE LA MISMA

a. ¿Le ha sido rechazada alguna vez a usted y/o familia una solicitud de Vida y Gastos Médicos?

Si

No

En caso afirmativo especifique e indique. Compañía de Seguros y fecha:

b. ¿Indique los Seguros de Vida y Gastos Médicos que posee actualmente?

## IV. DATOS DEL SOLICITANTE[S]

Nombre(s) y Apellido(s)

DPI o No. de Pasaporte

Extendido en

NIT

Fecha de Nacimiento

Edad

Estado Civil

Género

Peso

Estatura

Día Mes Año

Años

M/F

Libras

Centímetros

Dirección de Residencia

Teléfono

E-mail:

Casa

Celular

Nombre de la Empresa donde Labora

Tiempo de Laborar

Ingresos Mensuales

Dirección de la Empresa

Teléfono

E-mail:

Descripción de la actividad de la Empresa (Especifique)

Descripción de su Cargo y Ocupación principal (describa en que consisten sus funciones)

¿En qué actividades deportivas participa?

¿Dónde desea recibir correspondencia?

Casa

Oficina

Otro

## V. DATOS DE LOS DEPENDIENTES

Cónyuge[C] Nombre(s) y Apellido(s)

DPI o No. de Pasaporte

Extendido en

Fecha de Nacimiento

Edad

Género

Peso

Estatura

Ocupación

Día

Mes

Año

Años

M/F

Libras

Centímetros

Dirección de Residencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Residencia

Celular

**Hijo(a) [H1]**

DPI		Nombre(s) y Apellido(s)			No. Pasaporte		Extendido en			
_____		o			_____		_____			
Fecha de Nacimiento			Edad	Género	Peso	Estatura	Estudia		Trabaja	
Día	Mes	Año	Años	M/F	Libras	Centímetros	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Hijo(a) [H2]**

DPI		Nombre(s) y Apellido(s)			No. Pasaporte		Extendido en			
_____		o			_____		_____			
Fecha de Nacimiento			Edad	Género	Peso	Estatura	Estudia		Trabaja	
Día	Mes	Año	Años	M/F	Libras	Centímetros	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Hijo(a) [H3]**

DPI		Nombre(s) y Apellido(s)			No. Pasaporte		Extendido en			
_____		o			_____		_____			
Fecha de Nacimiento			Edad	Género	Peso	Estatura	Estudia		Trabaja	
Día	Mes	Año	Años	M/F	Libras	Centímetros	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Hijo(a) [H4]**

DPI		Nombre(s) y Apellido(s)			No. Pasaporte		Extendido en			
_____		o			_____		_____			
Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo	Peso	Estatura	Estudia		Trabaja	
Día	Mes	Año	Años	M/F	Libras	Centímetros	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Alguno de sus dependientes practica o participa en alguna actividad deportiva? Si  No   
 En caso afirmativo especifique la actividad y quien la realiza: \_\_\_\_\_

**VI. DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE, CÓNYUGE E HIJOS (HISTORIAL MÉDICO)**

a. Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

b. ¿Ha(n) tenido algún padecimiento de salud en los últimos 5 años? Si  No

Nombre del Padecimiento	Fecha:	Nombre del Paciente	Médico Tratante
_____	_____	_____	_____
	Día Mes Año		
	Día Mes Año		

c. ¿ Se le(s) ha(n) recomendado someterse a alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico en los últimos 5 años?  
 Si  No  Especifique tipo de cirugía(s) o tratamiento(s) médico(s): \_\_\_\_\_

Médico(s) Tratante(s): \_\_\_\_\_

d. ¿Actualmente toma algún medicamento? Si  No  Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_  
 ¿Para qué? \_\_\_\_\_

e. ¿Ha(n) padecido Presión Arterial Alta? Si  No  f. ¿Diabetes? Si  No

Nombre del Paciente

Tiempo de Padecimiento

Tratamiento Actual

Médico Tratante

**Para Solicitante de sexo Femenino (Titular o Cónyuge)**

g. ¿Está usted actualmente embarazada? Si  No  Fecha de su última regla: \_\_\_\_\_

**h. Antecedentes Obstétricos**

Parto(s) Normale(s): Si  No  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Parto(s) Cesárea(s): Si  No  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Aborto(s): Si  No  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Ligadura de Trompas: Si  No

¿Se encuentra en la menopausia? Si  No  Si su respuesta es "Si", indicar si toma estrógenos, dosis y desde cuando, especifique: \_\_\_\_\_

**Información Adicional**

i. ¿Fuma cigarrillos, cigarros, cigarrillo electrónico o pipa? Si  No  ¿Cuántos a la semana? \_\_\_\_\_

j. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si  No  ¿Cuántas bebidas a la semana? \_\_\_\_\_

k. ¿Se ha sometido o ha sido aconsejado someterse a tratamiento por alcoholismo o hábito de drogas? Si  No   
 En caso de ser afirmativo especifique: \_\_\_\_\_

Si sufre(n) o ha(n) sufrido previamente alguna de las siguientes enfermedades, marque con una "X" la casilla correspondiente. (Todas las preguntas deben ser contestadas. Si su respuesta es **afirmativa** indique quien la padece o padeció, la fecha, el tipo de diagnóstico que se obtuvo.)

**S= SOLICITANTE | C=CÓNYUGE | H1=HIJO1 | H2=HIJO2 | H3=HIJO3 | H4=HIJO4**

Enfermedad	S	C	H1	H2	H3	H4	Fecha	Especifique
1. __ Boca	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
2. __ Esófago	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
Intestino __ Grueso	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
Intestino __ Delgado	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
3. __ Vesícula Biliar	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
4. __ Próstata	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
5. __ Testículos	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
6. __ Útero	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
7. __ Ovarios	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
8. __ Mamas	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
9. __ Tiroides	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
10. __ Sangre	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
11. __ Hernias	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
12. __ Recto	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
__ Ano	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
13. __ Defectos Físicos o Mentales de nacimiento	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
14. __ Tumores Benignos	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
__ Cáncer	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
15. __ Migraña	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
__ Epilepsia	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
16. __ Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
Trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
17. __ Enfermedades Oculares	<input type="checkbox"/>	_____	_____					

			S	C	H1	H2	H3	H4	Fecha	Especifique	
18.	Asma	Alergias	Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Enf. Pulmonares	Oídos	Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Naríz	Garganta	Si	No	<input type="checkbox"/>						
19.	Enfermedades Cardiovasculares		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Infarto al Corazón		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Angina de Pecho		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Hipertensión Arterial		Si	No	<input type="checkbox"/>						
20.	Enf. Del Hígado	Del Páncreas	Si	No	<input type="checkbox"/>						
21.	Otros Desórdenes Hormonales		Si	No	<input type="checkbox"/>						
22.	Enf. De las Vías Urinarias y de los Riñones		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	De los Órganos Genitales (Interno y externo)		Si	No	<input type="checkbox"/>						
23.	Reumatismo		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Enf. de los Músculos		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Enf. de las Articulaciones		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Enf. de los Huesos		Si	No	<input type="checkbox"/>						
24.	Ligamentos	Tendones	Si	No	<input type="checkbox"/>						
25.	Enf. o Molestias de: Espalda		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Columna Vertebral		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	Médula Espinal		Si	No	<input type="checkbox"/>						
26.	Enfermedades de la Piel		Si	No	<input type="checkbox"/>						
27.	Operaciones Estéticas		Si	No	<input type="checkbox"/>						
28.	Otras Enf. o Desórdenes		Si	No	<input type="checkbox"/>						
29.	¿Ha sido sometido alguna vez a algún Tratamiento de fertilidad?		Si	No	<input type="checkbox"/>						
30.	¿Se ha efectuado algún examen de VIH?		Si	No	<input type="checkbox"/>						
	¿Cuál fue el resultado?										
									VIH Positivo	VIH Negativo	

31. ¿Padece o padeció alguno de los Padres y/o Hermanos del Titular o del Cónyuge alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad	Parentesco	Fecha	Tipo	Tratamiento Actual
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	_____
Presión Arterial Alta	_____	_____	_____	_____

## SEGURO DE VIDA

EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIO (S) DE MI SEGURO DE VIDA A:

**Beneficiario 1** \_\_\_\_\_  
Nombre(s) y Apellido(s)

\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ %

**Beneficiario 2** \_\_\_\_\_  
Nombre(s) y Apellido(s)

\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ %

**Beneficiario 3** \_\_\_\_\_  
Nombre(s) y Apellido(s)

\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ %

**AUTORIZACIÓN DE COBRO**

Por este medio autorizo a Seguros El Roble, S.A, a debitar la(s) prima(s) correspondiente(s) a mi Seguro de Vida y Gastos Médicos, **el primer día hábil de cada mes** según forma de pago:

Prima según forma de pago Q. \_\_\_\_\_ Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Autorizo uno (1) de los siguientes medios, para debitar el pago de la prima:

Tarjeta de Crédito No. \_\_\_\_\_ Emisor \_\_\_\_\_ Fecha de Venc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MES AÑO

Cuenta de Banco Industrial: Monetaria  Ahorro  No. \_\_\_\_\_

\*Efectivo (Únicamente en pago anual, semestral y trimestral)

**Titular de la Tarjeta de Crédito o Cuenta a Debitar****Firma Autorizada**

Por este medio entiendo y acepto que se continuarán con los cobros indicados de acuerdo a la forma de pago, hasta que YO notifique por escrito a Seguros El Roble, S.A, lo contrario de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

La Compañía no se obliga a cobrar ni a requerir el pago de la prima ni dar aviso de su vencimiento y si lo hiciera no sentará precedente.

Facturación a nombre de: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL****Datos del Solicitante:**

	Si	No
Actúa en Nombre Propio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene parentesco con una persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es asociado cercano de una persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es contratista o proveedor del estado (CPE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Datos del Facturante y/o Pagador Si Fuera Persona Individual**

	Si	No
Actúa en Nombre Propio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene parentesco con una persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es asociado cercano de una persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es contratista o proveedor del estado (CPE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento _____		

**Datos del Facturante Si Fuera Empresa:**

Nombre comercial y razón social: \_\_\_\_\_  
Indicar el País de origen de la empresa: \_\_\_\_\_  
Fecha de constitución de la empresa: \_\_\_\_\_  
Indicar actividad económica principal de la empresa: \_\_\_\_\_  
Es contratista o proveedor del estado (CPE) \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de la empresa, indicando zona, Municipio y Departamento: \_\_\_\_\_

**Datos del Representante Legal de la Empresa:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Actúa únicamente en beneficio de la entidad solicitante: \_\_\_\_\_  
Tipo y número de documento de identificación: \_\_\_\_\_  
Es una persona políticamente expuesta (PEP) \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE/CORREDOR DE SEGUROS**

¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable como por su moralidad hábitos y reputación?

Si  No  \*Amplie en caso necesario

\_\_\_\_\_  
**Firma agente/Corredor de Seguros**

**PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS EL ROBLE, S.A.**

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

**Completar Adverso →**

**CONSENTIMIENTO**

Con la solicitud, autorizo a cualquier entidad o persona relacionada con mi historial médico a proveer a La Compañía cualquier información que ésta requiera, mía y/o de mis dependientes, sin limitación alguna, asimismo, que la información recopilada o proporcionada por entidades públicas o privadas y la generada de relaciones contractuales, crediticias o comerciales, pueda ser consultada.

Queda entendido y convenido que Seguros El Roble, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro y la cobertura no entrará en vigor hasta que sea aprobada por La Compañía.

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 y convengo en que: (1) La Compañía no contraerá fraude. (2) Cualquier promesa o declaración hecha por un agente u otra persona no obligará a la Compañía a menos que se haga por escrito y esté aprobada por la Compañía. (3) Mi aceptación de la póliza que se emita en base a esta solicitud, constituirá el perfeccionamiento legal del contrato y mi conformidad con cualquiera de los cambios anotados por la Compañía. (4) Que he leído detenidamente este documento y acepto sus condiciones.

**Importante:** Si la Póliza y sus Anexos no concordaren con la oferta, me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza. Transcurrido dicho plazo y Yo no he solicitado dicha rectificación, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexos.

Guatemala \_\_\_\_\_  
Dia                      Mes                      Año

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

