



Solicitud Seguro de Gatos Médicos Mayores en Dólares

Seleccionar Plan y Deducible:

Póliza Nueva
Rehabilitación

Frecuencia de Pago:

Anual
Semestral
Trimestral

Adición de Dependiente
Cambio de Plan
Cambio de Deducible
Maternidad para hija dependiente

Planes	Deducibles	
Green <input type="checkbox"/>	Opción I	\$1,000 <input type="checkbox"/>
Orange <input type="checkbox"/>	Opción II	\$2,500 <input type="checkbox"/>
Pink <input type="checkbox"/>	Opción III	\$5,000 <input type="checkbox"/>
	Opción IV	\$10,000 <input type="checkbox"/>
	Opción V	\$20,000 <input type="checkbox"/>
Blue <input type="checkbox"/>	ÚNICO	\$500 <input type="checkbox"/>

No. de Póliza:

Nombre del Contratante/Responsable del Pago de la prima (si es diferente al asegurado principal)

DPI/
Pasaporte No.

Solicitante

Nombre (s)/
Apellido (s)

Sexo F M Fecha de Nacimiento Edad

Peso (lbs.) Estatura (mts.)

Ocupación NIT

Estado Civil DIP / Pasaporte

País de Residencia

Dirección de Residencia

Tel. Casa Tel. Oficina

Celular E-mail

Empresa donde Labora Tel.:

Dirección

Cuidad País

Dependientes

Nombre de los dependientes	Parentesco Cónyuge (C) Hijos (H)	Estado Civil Casado (C) Soltero (S)	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Nombre (S) <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Apellido (S) <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	lbs	mts
Nombre (S) <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	F <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Apellido (S) <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	lbs	mts
Nombre (S) <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	F <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Apellido (S) <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	lbs	mts
Nombre (S) <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	F <input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Apellido (S) <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	lbs	mts

16. ¿Se le ha efectuado la prueba del SIDA? ¿Cuándo?
¿Por qué? _____ Resultado: _____ Si No
17. ¿A usted o cualquier dependiente nombrado le han hecho un examen médico, de laboratorio o pruebas especiales? Detalle: _____ Si No
18. ¿Ha estado usted o algún dependiente nombrado, recluido en un hospital o institución similar? Si No
19. ¿Ha recibido transfusión de sangre? ¿Por qué? _____ Si No
20. ¿Se le ha recomendado alguna intervención quirúrgica o tratamiento en el pasado o para el futuro? Si No
21. ¿Es usted o alguno de sus dependientes fumador? Especifique quién: _____
No. de cigarrillos al día _____ Si No
22. ¿Usa o ha usado sustancias psicoactivas o estimulantes? Tiene o ha tenido alguna vez dependencia alcohólica? Si No
23. ¿Enfermedades de transmisión sexual, gonorrea, sífilis, clamidia, infección por virus papiloma humano, herpes u otras? Si No
24. ¿Practica Usted o alguno de sus dependientes boxeo, paracaidismo, cualquier tipo de deporte aéreo, automovilismo, buceo, motociclismo, suft, equitación, arte marcial, fisicoculturismo, rafting, alpinismo o cualquier otro deporte riesgoso? Si No
25. ¿Ha habido alguna enfermedad, padecimiento, signo, accidente o desorden fisiológico, que no se haya mencionado en este cuestionario? Si No
26. **PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES**
(a) ¿Está Usted embarazada? _____ Semanas _____ Si No
- (b) ¿Abortos, dolor pélvico, endometriosis, tumores, quistes, cualquier tipo de masas, cervicitis, enfermedades de los senos, ovarios, trompas, trastornos menstruales, hemorragias menstruales, alteraciones menstruales o desórdenes de los órganos reproductivos? Si No
- (c) ¿Recibe o ha recibido tratamietno de infertilidad? Si No
- (d) ¿Se le ha hecho algún examen de ultrasonido, mamografía, pruebas especiales , laparoscopia, ginecología?
Proporcione los detalles: _____ Si No
- (e) Fecha último examen Papanicolau: _____ Resultado: _____ Si No
27. **PARA NIÑOS HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD (adjuntar copia del nforme del pediatra)**
(a) ¿Presentó algún tipo de padecimiento médico al nacimiento? Si No
- (b) ¿Nacido Prematuramente? _____ Si No
- Indicar Consecuencias _____

Sección B

Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, habrá alguna persona nombrada en esta solicitud que:

- Haya consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A? Si No
- Haya tenido alguna alteración de buena salud que no haya sido mencionada en la Sección A o en la primera pregunta de esta sección? Si No
- Haya tenido un examen fisico? Si No
- ¿Posee algún familiar que haya sufrido alguna enfermedad grave o catastrófica? Si No

Si usted ha indicado sí en alguna parte de la Sección A o Sección B, por favor indique por escrito la siguiente información. (Si se requiere más espacio para escribir, se puede dar más detalles en otra hoja).

Nombre del Paciente	Diagnóstico y Tratamiento	Período	Nombre y Dirección del Médico u Hospital
Nombre (s) _____ Apellido (s) _____		Desde d m a _____ Hasta d m a _____	
Nombre (s) _____ Apellido (s) _____		Desde d m a _____ Hasta d m a _____	
Nombre (s) _____ Apellido (s) _____		Desde d m a _____ Hasta d m a _____	
Nombre (s) _____ Apellido (s) _____		Desde d m a _____ Hasta d m a _____	

1. ¿Alguna compañía de Seguros le ha denegado, aplazado, recargado o limitado un seguro de vida, de accidente o de salud a usted o a alguno de los dependientes nombrados? ¿Cuál? Si No

2. ¿Ha solicitado o recibido beneficios de hospitalización, incapacidad o algún tipo de beneficios médicos de alguna compañía de seguros, gobierno, patrono o de otra fuente? ¿Cuál? Si No

¿Ha tenido o tiene Seguros de Gastos Médicos/Salud Vigentes?

No. de Póliza _____ Nombre del Asegurado _____

Compañía Aseguradora _____ Tipo de Póliza _____

(A) Seguros El Roble, S.A. (de aquí en adelante "La Compañía"), se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud de Seguro. La cobertura provista por la Compañía no entrará en vigor hasta que la Solicitud sea recibida, aprobada y notificada por la Compañía.

(B) Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas son completas y verdaderas según su conocimiento y entender. Si hubiera alguna (s) respuesta(s) falsa(s) en esta Solicitud, entonces el Contrato podrá ser dado por terminado por La Compañía. (De conformidad con los Artículos No. 908 y 911 del Código de Comercio de Guatemala.)

(C) Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizado a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra entidad, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Compañía la información que ésta requiera, incluyendo registros respecto a consejos, cuidados(s) o tratamientos(s) proporcionado(s) a mí y/o a mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

Firma del Solicitante _____

Fecha d | d | m | m | a | a _____

AUTORIZACION DE COBRO

Por este medio autorizo a Seguros El Roble, S.A. a debitar la(s), prima(s), correspondiente(s) a mi seguro de Gastos Médicos, en los primeros 5 días del mes según forma de pago.

Prima según periodicidad de pago \$. Anual Semestral Trimestral
(IVA incluido)

Autorizo uno (1) de los siguientes medios, para cobrar la prima:

Tarjeta de Crédito No.

Emisor: Fecha de Vencimiento

Titular de la Tarjeta de Crédito

Pago con cheque

Firma Autorizada

Fecha

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.

Si la forma de pago es en efectivo o cheque, La Compañía no se obliga a cobrar ni a requerir el pago de la prima, ni a dar aviso de su vencimiento y si lo hiciera no se sentará precedente.

Facturación a Nombre de:

NIT:

Anotaciones Especiales:



Premium
Health Insurance



El Roble
Seguros y Fianzas

