



Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Número de solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estaco civil: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

### HÁBITOS DE VIDA

1. ¿Cuál es su profesión actual? \_\_\_\_\_

Si trabaja en lugares que podrían ser peligrosos por altura, con maquinarias o desempeña cualquier actividad que podría ser considerada peligrosa, sírvase dar detalles: \_\_\_\_\_

2. Nombre del negocio en donde trabaja: \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene otras ocupaciones? Sí  NO  Detállelas: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su ingreso mensual? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué profesión u oficio ha desempeñado en el pasado? \_\_\_\_\_

6. ¿Ha tenido que cambiar la profesión o el oficio por razones de salud? Sí  NO

¿Por qué? \_\_\_\_\_

7. ¿Practica, si bien ocasionalmente, alguna actividad deportiva? Sí  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿Profesionalmente?  o ¿Cómo aficionado?

8. ¿Hace uso de aviones particulares o helicópteros? Sí  NO

9. ¿Alguna vez le han suspendido el permiso de conducir? Sí  NO  ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

10. ¿Es derecho?  ¿o izquierdo?

1. ¿Ha viajado o vivido en el extranjero los últimos tres años? Sí  NO

Si es así ¿Dónde y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Piensa viajar o vivir fuera de Guatemala? Sí  NO

Si es así ¿Dónde? \_\_\_\_\_

### COBERTURAS DE SEGUROS

12. ¿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 cuales, el importe asegurado, prima anual, la fecha de comienzo y de vencimiento, y las condiciones de aceptación. (normal, diferida, ajustada con extraprima de salud de % o con extraprima profesional/residencial, con limitación del importe, reducción de la duración, con exclusiones/cuales) \_\_\_\_\_

13. Indicar si en el pasado se le han rechazado, diferido o no se le han aceptado con condiciones normales solicitudes para un seguro de vida, de enfermedades graves, invalidez, accidentes o asistencia a largo plazo: Sí  NO  Si es así, por favor detalle: \_\_\_\_\_

14. ¿Está tramitando otros seguros con cobertura personal? Sí  NO

Si es así, puntualizar cual es el plan, el importe asegurado, la prima y la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO FÍSICO (PARA PÓLIZAS SIN EXAMEN MÉDICO)

1. ¿Tiene un médico de cabecera habitual de familia? Sí  NO

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Si ha cambiado de médico en los últimos 6 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 verificado 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

Detalle: \_\_\_\_\_

4. ¿Padece actualmente alguna enfermedad física, psíquica o invalidez? Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

5. Señale los valores de Estatura en Mts. \_\_\_\_\_ Peso en Lbs. \_\_\_\_\_

**Detalle las respuestas afirmativas en el espacio al final de la pregunta o en hoja separada indicando fecha, duración, tratamiento y estado actual**

6. Está padeciendo o alguna vez ha padecido las siguientes enfermedades o trastornos (contestar "no" o "sí" y detallarlas ampliamente, indicando la fecha, la duración, el tipo de tratamiento, el resultado y las eventuales recaídas):

Enfermedades del aparato respiratorio: asma, enfisema, tuberculosis u otras.  
Detalle: \_\_\_\_\_

Sí  NO

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

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

Cualquier forma de tumor sea benigno, o maligno.  
Detalle: \_\_\_\_\_

Sí  NO

Enfermedades del sistema nervioso o psíquico: epilepsia, parálisis, depresión, alcoholismo, tentativas de suicidio, accidentes vasculares cerebrales u otras.  
Detalle: \_\_\_\_\_

Sí  NO

Enfermedades del aparato músculo-esquelético: Enfermedades de los huesos, articulaciones, columna vertebral u otras:  
Detalle: \_\_\_\_\_

Sí  NO

Enfermedades de los ojos: glaucoma, enfermedades de la retina u otras.  
Detalle: \_\_\_\_\_

Sí  NO

Enfermedades auditivas o de los oídos.  
Detalle: \_\_\_\_\_

Sí  NO

Enfermedades del aparato urogenital.  
Detalle: \_\_\_\_\_

Sí  NO

Enfermedades de la tiroides, obesidad, colesterol y triglicéridos elevados, trastornos hormonales, diabetes, gota u otras.  
Detalle: \_\_\_\_\_

Sí  NO

¿Otras enfermedades? Detalle: \_\_\_\_\_

Sí  NO

7. ¿Ha aumentado o disminuido su peso más de 15 libras en los últimos 2 años? Si es así, indique la cantidad de libras y la posible causa? Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

8. ¿Usa o ingiere actualmente algún medicamento? Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

9. ¿Hizo o hace uso actualmente de cualquier tipo de droga? Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

10. ¿Le están haciendo o le han hecho tratamientos mentales? Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

11. ¿Ha padecido en el pasado o padece actualmente enfermedades o accidentes con secuelas que le dejan incapacitado? Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_



12. ¿Ha interrumpido su propia actividad por enfermedad o accidentes por más de tres semanas seguidas, durante los últimos 5 años?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

13. ¿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, herniectoria, hemorroidectomía, colectomía efectuadas hace más de dos años?

Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

14. ¿Le han practicado estudios clínicos (análisis de laboratorio, electrocardiograma, rayos x, visitas especializadas u otras investigaciones especiales) para diagnóstico de alguna anomalía existente?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

15. ¿Ha tenido resultado positivo para HIV/SIDA o hepatitis B, C, o ha efectuado análisis o seguido un tratamiento para otras enfermedades de transmisión sexual o enfermedades tropicales, infecciosas o parasitarias?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

16. ¿Ha estado recientemente en otro país tropical?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

17. ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

18. ¿Le impidieron alguna vez donar sangre?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

19. ¿Le han hecho alguna vez radioterapia o quimioterapia?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

20. ¿Tiene previsto un próximo ingreso en un hospital, clínica particular o instituciones similares o piensa someterse a una intervención quirúrgica?

Sí  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

21. ¿Fuma habitualmente? Si es así, indique la cantidad diaria:      Sí  NO

Cigarros  Puro  Pipa  Masca tabaco

22. ¿Ha fumado en el pasado?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

¿Hasta cuando? \_\_\_\_\_

¿Ha cambiando alguna vez su hábito de fumar bajo consejo del médico o le han aconsejado que deje de fumar? \_\_\_\_\_

23. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?      Sí  NO

Clase \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Las ha ingerido anteriormente? \_\_\_\_\_ ¿Hasta cuándo? \_\_\_\_\_

24. ¿Ha reducido tal cantidad bajo consejo del médico o le han aconsejado hacerlo?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

## 25. DATOS ADICIONALES SI EL SOLICITANTE ES MUJER

a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

b) ¿Está embarazada? Indique en que mes se encuentra      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

c) ¿Ha tenido abortos? ¿Cuántos?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

d) ¿Cuántos partos ha tenido?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

e) ¿Hubo anomalías en algún parto?      Sí  NO

Detalle: \_\_\_\_\_



26. 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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 de mi fallecimiento. Para tal efecto relevo a las personas que revelen información del secreto profesional del caso. Así mismo una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Nota: Antes de firmar asegúrese de leer toda la solicitud, pues esta forma es parte legal de su expediente. Asimismo el solicitante deberá firmar en presencia del 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. Si el solicitante de este seguro fuera menor de edad, se requerirá no solo su firma, sino la de su representante legítimo que es quien puede contratar a nombre del menor.

#### DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE

Declaro que toda la información anterior, aunque no haya sido escrita con mi puño y letra es verdadera y exacta y es la que debe tomarse como base para emitir la póliza que solicito; adicionalmente; declaro que estoy enterado de que una falsa o inexacta declaración de información da derecho a la compañía a disputar las obligaciones derivadas de la póliza de seguro que se emita como consecuencia de estas declaraciones, por lo que en señal de mi conformidad firmo esta solicitud de seguro en:

Lugar y fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_

#### INTERMEDIARIOS: DECLARACIÓN

¿Le consta a usted qué el o los prospectos firmaron la presente solicitud? Sí  NO

¿Por qué? \_\_\_\_\_

CÓDIGO	NOMBRE Y FIRMA	%	CÓDIGO	NOMBRE Y FIRMA	%

He revisado cuidadosamente las respuestas dadas en este informe junto con el intermediario y estoy satisfecho de su exactitud.

\_\_\_\_\_  
Supervisor de intermediarios