



Solicitud No.:				Código de asegurado propuesto No.:				Póliza No.:					
DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO													
Primer apellido:				Segundo apellido:			Apellido de casada:		Primer nombre:		Segundo nombre:		
Fecha de nacimiento :				Lugar:			Sexo: F ☐ M ☐		Estado civil:		NIT:		
Día	Mes	Año	Edad										
Documento de identificación				DPI ☐		Pasaporte ☐		Otro ☐		No. de documento: _____			
País de residencia _____ (se entiende por país de residencia donde ha residido por más de ciento ochenta (180) días corridos, durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días. Es residente o ciudadano de los Estados Unidos de América Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo indique si es Residente ☐ Ciudadano ☐ Número de Green Card o Social Security _____													
COBERTURA Y SUMA ASEGURADA													
Beneficio			Suma asegurada		Incremento programado		Beneficio			Suma asegurada		Incremento programado	
PORCENTAJE Y DURACIÓN DE CRECIMIENTO													
En suma asegurada _____ % anual aplicado por _____ años.						En las primas _____ % anual aplicado por _____ años.							
BENEFICIARIOS: El beneficio neto del seguro debe pagarse en la forma siguiente													
Nombres y apellidos completos							Parentesco			Porcentaje de pago			
HÁBITOS DE VIDA													
1. ¿Cuál es su ocupación o profesión actual? _____ Si trabaja en lugares que podrían ser peligrosos por la altura, con maquinarias o desempeña cualquier actividad que podría ser considerada peligrosa, sirvase dar detalles: _____ _____													
2. Nombre y dirección del negocio donde trabaja: _____													
3. Tiempo de laborar en esa empresa: _____ Puesto que ocupa: _____													
4. ¿Tiene otras ocupaciones? No Sí Detallelas: _____													
5. ¿Cuál es su ingreso mensual? _____													
6. ¿Que profesión u oficio ha desempeñado en el pasado? _____													
7. ¿Ha tenido que cambiar la profesión o el oficio por razones de salud? _____													

8. ¿Practica, si bien ocasionalmente, alguna actividad deportiva? No ☐ Sí ☐ ¿Cuál? _____
Si es así, ¿Profesionalmente? ☐ o como ¿aficionado? ☐
¿Participa o tiene intención de participar en competencias deportivas? No ☐ Sí ☐
¿Cuáles? _____

9. ¿Hace uso de aviones particulares o helicópteros? No ☐ Sí ☐ pasajero ☐ o piloto ☐

10. ¿Alguna vez le han suspendido el permiso de conducir? No ☐ Sí ☐ ¿Por qué motivo?

11. ¿Es derecho? ☐ o ¿izquierdo? ☐

12. ¿Ha viajado o vivido en el extranjero en los últimos tres años? No ☐ Sí ☐

Si es así ¿En dónde y por cuánto tiempo? _____

13. ¿Piensa viajar o vivir fuera de Guatemala? No ☐ Sí ☐

Si es así ¿dónde? _____ ¿Por qué? _____

¿Tiene otras pólizas de seguro vigente (cobertura personal): en caso de muerte, invalidez, accidentes, enfermedades graves, asistencia a largo plazo?

No ☐ Sí ☐

Si hay, precise ¿cuáles?, el importe asegurado, la prima anual, la fecha de inicio y de vencimiento, y las condiciones de aceptación (normal, diferida, ajustada con extra prima de salud de _____ % o con extra prima profesional/residencial, con limitaciones del importe, reducción de la duración, con exclusiones/ cuáles): _____

14. Indicar si en el pasado se le han rechazado, diferido o se le han aceptado con recargos (por condiciones de salud u ocupación) solicitudes para un seguro de vida, de enfermedades graves, invalidez, accidentes o asistencia a largo plazo: _____

No ☐ Sí ☐

Si es así, por favor detalle: _____

15. ¿Está tramitando otros seguros de cobertura personal?

No ☐ Sí ☐

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

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO FÍSICO

1. ¿Tiene un médico de cabecera habitual o de familia?

No ☐ Sí ☐

Nombre y apellido _____

Dirección: _____

Si ha cambiado de médico los últimos seis 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?

No ☐ Sí ☐

¿Por qué? _____

3. ¿Se han diagnosticado o presentado 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?

No ☐ Sí ☐

Detalle: _____

4. ¿Padece actualmente alguna enfermedad física, psíquica o invalidez?

No ☐ Sí ☐

Detalle: _____

5. ¿Padece o ha padecido o sentido algún momento algún síntoma o malestar que le haga presumir de la existencia de alguna enfermedad?

No ☐ Sí ☐

6. Detalle: _____

7. Señale los valores de: Estatura Mts. _____ Peso Lbs. _____

¿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, el tratamiento, el resultado y las eventuales recaídas)?

a. Enfermedades del aparato respiratorio: asma, enfisema, tuberculosis u otras. Detalle:	No ☐ Sí ☐
b. Enfermedades del aparato cardiovascular: malformaciones congénitas, cardiopatía isquémica, valvulopatías, arritmia, enfermedades del miocardio o pericardio, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, arteiopatías o flebopatías u otras. Detalle:	No ☐ Sí ☐
c. 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:	No ☐ Sí ☐
d. Cualquier forma de tumor sea benigno o maligno, cualquier forma de cáncer. Detalle:	No ☐ Sí ☐
e. Enfermedades del sistema nervioso o psíquico: epilepsia, parálisis, depresión, alcoholismo, tentativas de suicidio, accidentes vasculares cerebrales u otras. Detalle:	No ☐ Sí ☐
f. Enfermedades del aparato músculo-esquelético: enfermedades de los huesos, articulaciones, columna vertebral u otras. Detalle:	No ☐ Sí ☐
g. Enfermedades de los ojos: glaucoma, enfermedades de la retina u otras. Detalle:	No ☐ Sí ☐
h. Enfermedades auditivas o de los oídos. Detalle:	No ☐ Sí ☐
i. Enfermedades del aparato urogenital. Detalle:	No ☐ Sí ☐
j. Enfermedades de la tiroides, obesidad, colesterol y triglicéridos elevados, hormonales, diabetes, gota u otras. Detalle:	No ☐ Sí ☐
k. ¿Otras enfermedades? Detalle:	No ☐ Sí ☐
8. ¿Ha aumentado o disminuido su peso más de 15 libras en los últimos dos años? Si es así, indique	No ☐ Sí ☐
9. ¿Usa o ingiere actualmente algún medicamento? No ☐ Sí ☐ ¿Por prescripción médica? Detalle: _____	No ☐ Sí ☐
10. ¿Usa o ingiere cualquier tipo de droga o estupefaciente y/o psicotrópicos que alteren su estado mental y/o físico y que produzcan hábito? Detalle: _____	No ☐ Sí ☐
11. ¿Hizo o hace uso actualmente de cualquier tipo de droga? Detalle: _____	No ☐ Sí ☐
12. ¿Le están haciendo o le han hecho tratamientos mentales? Detalle: _____	No ☐ Sí ☐
13. ¿Ha padecido en el pasado o padece de enfermedades o ha sufrido accidentes, con secuelas que lo dejaron discapacitado? Detalle: _____	No ☐ Sí ☐
14. ¿Ha interrumpido su actividad u ocupación habitual por enfermedad o accidentes, por más de tres semanas seguidas, durante los últimos cinco años? Detalle: _____	No ☐ Sí ☐

15. ¿Ha estado internado en clínicas, sanatorios u hospitales, por enfermedades intervenciones quirúrgicas o tratamientos invasores con la excepción de parto, operación por apendicectomía, tonsilectomía, adenoidectomía, herniectomía, hemorroidectomía, colectomía, efectuadas hace más de dos años? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____ Fecha: _____
16. ¿Le han practicado estudios clínicos (análisis de laboratorio, electrocardiograma, rayos X, visitas especializadas u otras investigaciones especiales) para diagnóstico de alguna enfermedad existente? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____ Fecha: _____
17. ¿Ha tenido resultado positivo para VIH/SIDA o hepatitis B, C o le han efectuado análisis o ha seguido un tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, enfermedades tropicales, infecciosas o parasitarias? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____ Fecha: _____
18. ¿Ha estado recientemente en países tropicales? ¿Dónde?: No ☐ Sí ☐
19. ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéuticas con hemoderivados?
¿Por qué motivo? _____ Fecha: _____ No ☐ Sí ☐
20. ¿Le pidieron alguna vez donar sangre? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____
21. ¿Le han hecho alguna vez radioterapia o quimioterapia? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____
22. ¿Tiene previsto un próximo ingreso a un hospital, clínica particular o instituciones similares o piensa someterse a una intervención quirúrgica? No ☐ Sí ☐
- ¿Cuál? _____ Fecha: _____
23. ¿Fuma usted habitualmente? Si es así, indique la cantidad diaria: No ☐ Sí ☐
- Cigarros _____ Puro _____ Pipa _____ Masca tabaco _____
24. ¿Ha fumado en el pasado? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____
- ¿Hasta cuándo? _____
- ¿Ha cambiado alguna vez su hábito de fumar bajo consejo del médico o le han aconsejado que deje de fumar? No ☐ Sí ☐
- _____
25. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? No ☐ Sí ☐
- Clase _____ Cantidad _____ ¿Desde cuándo? _____
- ¿Las ha ingerido anteriormente? No ☐ Sí ☐
26. ¿Ha reducido tal cantidad bajo consejo médico o le han aconsejado hacerlo? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____
27. ¿Ha consultado a algún médico durante los últimos tres años? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____
28. Datos adicionales si el asegurado propuesto es mujer
- a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____
- b) ¿Está embarazada? Indique en qué semana de gestación está actualmente: No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____
- c) ¿Ha tenido abortos? ¿Cuántos? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____
- d) ¿Cuántos partos ha tenido? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____
- e) ¿Hubo anomalías en algún parto? No ☐ Sí ☐
- Detalle: _____

29. 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.

DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO PROPUESTO

Autorizo a los médicos o entidades que me hayan asistido o examinado, para que proporcionen a Aseguradora General, S.A. los informes que requiera 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 acaecimiento de la enfermedad que se está investigando. Para tal efecto revelo a los médicos y al personal de las entidades del secreto profesional del caso en que me hayan asistido o examinado. Asimismo, una fotocopia de la información obtenida por la aseguradora será válida como el original.

Declaro que toda la información anterior, aunque no haya sido escrita con mi puño y letra, es verdadera y exacta y que es la que debe tomarse como base para emitir póliza que solicito, adicionalmente, declaro que estoy enterado de que una omisión o inexacta declaración de información de derecho a la compañía a disputar las obligaciones derivadas de la póliza de seguro que se emita como consecuencia de estas declaraciones, quedando como obligación de la compañía únicamente la devolución de las primas pagadas. De conformidad con el artículo 1010 del Código de Comercio de Guatemala, el plazo de disputabilidad para la compañía es de dos años.

NOTA: Antes de firmar asegúrese de leer toda la solicitud, pues esta forma es parte legal de su expediente. Asimismo, el asegurado propuesto deberá firmar en presencia del agente y en caso de no saber firmar, deberá estampar su huella digital del puelgar de la mano derecha, firmando otra persona a su ruego.

Lugar y fecha de solicitud: _____

Firma del asegurado propuesto: _____ Firma del testigo: _____

Firma del representante legal: _____

De acuerdo con lo establecido en la ley de acceso de la información pública, ley contra el lavado de dinero u otros activos y su reglamento y ley para prevenir y reprimir el financiamiento del terrorismo y su reglamento, por medio de la presente autorizo para que se verifique cualquier información de mi persona, en cualquier base de datos pública o privada, autorización expresa que se extiende a las empresas que presentan el servicio de información, para que puedan suministrar información de mi persona, con el propósito de que Aseguradora General, S.A., Pueda verificar la información proporcionada para tramitar mi solicitud y/o verificaciones posteriores relacionadas con este negocio de seguros.

Firma: _____

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No. 953-2013 de fecha 13 de septiembre de 2013.