

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL



Esta solicitud es de uso confidencial, la cual será utilizada para los efectos de la contratación del seguro de Seguros G&T, S.A. y debe ser completada y firmada por el solicitante o solicitante principal con letra de molde clara y con tinta de un solo color o en formato digital conforme las disposiciones y medios proporcionados por la Aseguradora. Por favor no dejar preguntas ni espacios sin responder. Esta solicitud no podrá ser válida si se presenta con tachones, enmiendas, y no se aceptan cambios posteriores a lo declarado toda vez la solicitud sea entregada a la Aseguradora. Seguros G&T, S.A. se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o ampliación de la información declarada en esta solicitud.

DEL CÓDIGO DE COMERCIO DE GUATEMALA:

Artículo 880. DECLARACIÓN. El Solicitante estará obligado a declarar por escrito al asegurador, de acuerdo con el cuestionario respectivo, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de formular la solicitud.

Artículo 881. DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE. Si el contrato se solicita por un representante o por quien actúa en interés de un tercero, deberán declararse tanto los hechos importantes que sean o deban ser conocidos por el Solicitante, como los que sean o deban ser conocidos por el Solicitante, como los que sean o deban ser conocidos por aquel por cuya cuenta se contrata.

Artículo 908. TERMINACIÓN POR DECLARACIÓN INEXACTA. La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 880 y 881 de este Código, dan derecho al Asegurador para terminar el contrato de seguro. El Asegurador, dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración, notificará al asegurado que da por terminado el contrato; transcurrido este plazo sin que se haga tal notificación, el asegurador perderá el derecho de invocarla. El Asegurador tendrá derecho a título de indemnización, a las primas correspondientes al período de seguro en curso; pero si da por terminado el seguro antes de que haya comenzado a correr el riesgo, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Tipo de solicitud: Póliza nueva Cambio de plan Traslado de póliza

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (TITULAR)

1.1 Datos Generales

Nombres:	<input type="text"/>	Apellidos:	<input type="text"/>				
	(Primer Nombre) (Segundo Nombre)		(Primer Apellido) (Segundo Apellido)				
Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura:	<input type="text"/> Mts.	Peso:	<input type="text"/> Lbs.	DPI:	<input type="text"/>
Extendido en:	<input type="text"/>	Fecha De Nacimiento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>		
			(Día) (Mes) (Año)				
Lugar de Nacimiento:	<input type="text"/>	Nacionalidad:	<input type="text"/>	NIT:	<input type="text"/>		
Profesión y Oficio:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>				
Dirección Residencial:	<input type="text"/>						
	(Calle / Avenida)	(No.)	(Zona)	(Ciudad / Departamento)			
Teléfono:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>	Correo Electrónico:	<input type="text"/>		

Es o ha sido en los últimos dos años PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE – PEP – SÍ NO
Tiene parentesco o está relacionado con una PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE – PEP – SÍ NO

1.2 Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde Trabaja:	<input type="text"/>	Es Negocio Propio:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Giro del Negocio:	<input type="text"/>	Teléfonos:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		
	(Calle / Avenida)	(No.)	(Zona) (Ciudad / Departamento)
Descripción exacta de su ocupación:	<input type="text"/>		



II. PLAN SOLICITADO (SELECCIONE LAS OPCIONES QUE DESEA CONTRATAR)

SEGURO DE VIDA

 Q50,000 Q100,000 Q150,000 Q200,000 Q250,000

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

 PREMIER PLUS MUNDIAL II MUNDIAL III CENTROAMERICANO IV CENTROAMERICANO V

DENTAL

 SÍ NO

III. PAGO DE LA PRIMA

3.1 FORMA DE PAGO:

 Anual Semestral Trimestral Mensual

3.2 MEDIO DE PAGO:

 G&T en línea

No. de cuenta:

 Cheque

Pago a la orden de:

Seguros G&T, S.A.

 Tarjeta de crédito o débito

No. de Tarjeta:

Fecha de expiración:

3.3 Prima Cotizada: Vida: _____ Gastos Médicos: _____ Dental: _____ Total: _____

3.4 DATOS DE FACTURACIÓN:

Nombre Completo:

(Primer Apellido)

(Segundo Apellido)

(Nombre/s)

NIT:

Dirección:

(Calle / Avenida)

(No.)

(Zona)

(Ciudad / Departamento)

Autorizo a Seguros G&T, S.A. que por conducto del banco emisor de mi tarjeta de crédito / débito afiliada efectúe el cobro automático de las primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas. El cargo se realizará en quetzales en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener disponibilidad suficiente para que se cumplan las obligaciones de pago correspondiente en base a la vigencia y forma de pago elegida. En caso de que los cargos no sean reflejados en el estado de cuenta es mi obligación notificar de inmediato a la Aseguradora. Soy responsable de efectuar el pago de las primas del seguro, en los plazos, condiciones y medios pactados expresamente con Seguros G&T, S.A. de lo contrario la Aseguradora procederá con la suspensión de los servicios o la cancelación del seguro, aún en el caso de que el cobro no pueda ser efectuado, en especial por cambios o cancelación en la tarjeta de crédito o rechazo del emisor de la tarjeta.



IV. DATOS PARA TRANSFERENCIA DE PAGO DE RECLAMO

4.1 Banco: Nombre de la cuenta:

(Debe ser a nombre del titular)

4.2 No. de Cuenta: Tipo de Cuenta:

(Colocar todos los números incluyendo los ceros a la izquierda)

(Monetaria / Ahorro)

Autorizo a la Aseguradora para que los pagos de los reclamos que llegara a presentar y tengan cobertura sean pagados por medio de transferencia, de acuerdo a los datos arriba completados, los cuales para los efectos que correspondan se tendrán por bien hechos liberando de toda responsabilidad a la Aseguradora.

V. DATOS DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES Y BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO (Cónyuge / Hijos)	SEXO (M / F)	FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año	EDAD	ESTADO CIVIL	ESTATURA (Cms.)	PESO (Lbs.)
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				

Estado civil: S= Soltero; C= Casado; D= Divorciado; V= Viudo

EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIO DE MI SEGURO DE VIDA

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE %
Primeros Beneficiarios:		
Segundos Beneficiarios:		



VI. DECLARACIÓN DE SALUD

A SEGUROS G&T

Para efectos de la presente declaro y acepto, que tengo conocimiento que las respuestas proporcionadas en esta solicitud son completas, verídicas y exactas a mi mejor juicio y conocimiento, que las mismas son necesarias para que Seguros G&T, S.A., conozca las circunstancias y riesgos relacionados al contrato de seguro a que se refiere esta solicitud, por lo que dichas declaraciones se tomarán como base, para efectos de la aceptación del riesgo asegurado por la Aseguradora.

Todas las preguntas de este cuestionario deberán ser completadas por el Solicitante Principal, para éste y cada una de las personas que se pretenden asegurar como Dependientes en la póliza solicitada.

6.1 INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR

1. Nombre y dirección completa de los Médicos que lo atienden regularmente a usted o cualquiera de los miembros de su familia a asegurar:

2. ¿Se encuentra en estos momentos usted o sus dependientes en algún tratamiento médico, terapia, rehabilitación, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? SÍ NO

Por favor detallar:

NOMBRE	MÉDICO	DIAGNÓSTICO	FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	TRATAMIENTO
			/ /			
			/ /			
			/ /			

6.2 INFORMACIÓN DE SEGUROS DEL TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

1. ¿Usted o alguno de sus dependientes tiene o ha tenido, en vigor o en trámite algún Seguro de Vida y/o Gastos Médicos? SÍ NO

Si su respuesta es afirmativa, adjuntar copia del seguro a la presente solicitud (si está vigente) e indique los Seguros de Vida y Gastos Médicos que tenga en vigor o en trámite y además los Seguros Médicos que ha tenido:

ASEGURADORA	TIPO DE SEGURO (Vida, Gastos Médicos)	MONTO DEL SEGURO	FECHA de vigencia	ASEGURADO (Titular, Cónyuge, Hijos)
			/ /	
			/ /	
			/ /	

2. ¿Reemplaza este seguro alguna otra póliza actualmente en vigor? SÍ NO

Especifique: _____

3. ¿Alguna solicitud de seguro médico, de accidentes o de vida en la renovación, rehabilitación o cambio de plan, a usted o a sus dependientes, les ha sido rechazada, pospuesta, modificado condiciones, incrementado tarifas? SÍ NO

Por favor detalle: _____



4. Ha reclamado usted o alguno de sus dependientes, como beneficiarios de pólizas de Seguro Médico y/o Accidentes o por Invalidez?
 SÍ NO

NOMBRE	ASEGURADORA	FECHA DEL RECLAMO	MONTO INDEMNIZADO	MOTIVO DEL RECLAMO
		/ /		
		/ /		
		/ /		

6.3 CUESTIONARIO DE SALUD Y HÁBITOS DEL TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

Usted o alguno de sus dependientes ha padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades:

INSTRUCCIONES: Marque SÍ o NO escribiendo en la casilla correspondiente con una X o un ✓ y si aplica para usted o para uno de sus dependientes las enfermedades indicadas en el cuadro siguiente, al lado.

IMPORTANTE: después del cuestionario encontrará donde ampliar las respuestas afirmativas.

		TITULAR		DEPENDIENTES		DEPENDIENTE A QUIEN APLICA
		SÍ	NO	SÍ	NO	
1.	Enfermedades del corazón o del aparato circulatorio (dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, vasos arteriales, venas varicosas, soplo en el corazón, arritmia cardíaca).	SÍ	NO	SÍ	NO	
2.	Enfermedad respiratoria o pulmonar (falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño).	SÍ	NO	SÍ	NO	
3.	Enfermedad del estómago, esófago, intestinos, colon, páncreas y/o hígado (Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto o ano).	SÍ	NO	SÍ	NO	
4.	Enfermedad de los riñones y/o del tracto urinario (Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uréteres, uretra).	SÍ	NO	SÍ	NO	
5.	Padecimientos de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, artritis, gota, u otros padecimientos de los músculos o huesos (Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática, lesiones óseas, espalda, articulaciones, discos intervertebrales).	SÍ	NO	SÍ	NO	
6.	Cáncer, linfoma o leucemia (Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer, manchas y acné).	SÍ	NO	SÍ	NO	
7.	Enfermedad de la sangre (Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea y sistema linfático, hepatitis B, Hepatitis C, Lupus y otras enfermedades auto inmunes y de la colágena).	SÍ	NO	SÍ	NO	
8.	Enfermedades de la tiroides, trastornos de la glándula tiroides u otro trastorno endocrínico o metabólico (Diabetes, colesterol y/o triglicéridos, ácido úrico elevados).	SÍ	NO	SÍ	NO	
9.	Enfermedad de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo, enfermedades venéreas.	SÍ	NO	SÍ	NO	
10.	Problemas de la visión, del oído, de audición, de la nariz o la garganta.	SÍ	NO	SÍ	NO	



		TITULAR		DEPENDIENTES		DEPENDIENTE A QUIEN APLICA
11.	Padecimientos, enfermedad o malformación congénita o hereditaria.	SÍ	NO	SÍ	NO	
12.	Enfermedades vasculares cerebrales o desórdenes neurológicos (Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, migrañas, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, apoplejía, embolia, trombosis).	SÍ	NO	SÍ	NO	
13.	Discapacidad, amputación o menoscabo físico de algún miembro o remoción de algún órgano, deformación, cojera.	SÍ	NO	SÍ	NO	
14.	Ha sido sometido a algún procedimiento de cirugía plástica en cualquier etapa de su vida.	SÍ	NO	SÍ	NO	
15.	Enfermedad por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus SIDA?	SÍ	NO	SÍ	NO	
16.	Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente.	SÍ	NO	SÍ	NO	
17.	Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años: 1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación? 2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución? 3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica? 4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	SÍ	NO	SÍ	NO	
18.	Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño.	SÍ	NO	SÍ	NO	
19.	En algún momento ¿ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SÍ	NO	SÍ	NO	
20.	Ha sido receptor o donador de órganos? o ¿Piensa donar órganos? ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?	SÍ	NO	SÍ	NO	
21.	¿Le han hecho radioterapia y/o quimioterapia?	SÍ	NO	SÍ	NO	
22.	¿Ha aumentado o disminuido su peso en más de 15 libras en los últimos 2 años? (Si es afirmativa su respuesta, indique la cantidad de libras y la causa).	SÍ	NO	SÍ	NO	
23.	¿Usted o alguno de sus dependientes tiene historia familiar (padres, hermanos) de diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedad cardíaca, mental o renal, congénito o hereditario? (Indique el familiar y padecimiento al que se refiere).	SÍ	NO	SÍ	NO	
Preguntas exclusivas para solicitantes femeninas nombradas en esta solicitud						
Fecha de su última menstruación Día_____ Mes_____ Año_____						
24.	¿Padece, ha padecido, o ha tenido síntomas relacionados a enfermedad de los ovarios, de la matriz o de las glándulas mamarias? (menstruación, endometriosis, problemas de los senos, quistes, metrorragias).	SÍ	NO	SÍ	NO	
25.	¿Está embarazada? (En caso afirmativo indicar fecha en que se espera el alumbramiento).	SÍ	NO	SÍ	NO	



QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

1. Seguros G&T, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Así mismo, podrá solicitar cualquier información adicional, examen médico y/o exámenes médicos a costo del Solicitante Principal.

2. Aceptada la presente Solicitud de Seguro por la Aseguradora, la fecha de Inicio de cobertura será la indicada en la Carátula de la Póliza.

3. Las respuestas y declaraciones hechas en la presente solicitud, como Solicitante Principal como para mis Solicitantes dependientes, se tendrán por completas, y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento; y queda comprendido y aceptado que la omisión, falsa o inexacta declaración hecha en la presente solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.

4. Seguros G&T, S.A., para el pago de los reclamos o indemnizaciones del seguro contratado, no será responsable por problemas administrativos, en el sistema del proceso de compensación bancaria o sus relacionados; entendiéndose que una vez realizada la transferencia bancaria el pago del reclamo se tendrá por bien hecho y aceptado.

5. Al presentarse fotocopia u original de esta solicitud, el Solicitante y/o Solicitante Principal autoriza:

a) A cualquier persona individual o jurídica, tal como aseguradoras, médicos profesionales, hospitales, clínicas, proveedores de servicios de salud, entidades gubernamentales, así como cualquier entidad o persona que preste servicios de salud o médicos, a proveer a la Aseguradora la información que requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados al Solicitante Principal como a los dependientes identificados anteriormente, sin limitación alguna, incluso si fuera necesario dejará sin efecto lo relacionado al secreto profesional.

b) A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información contenida en la presente solicitud o demás documentos relacionados al contrato de seguro solicitado, por cualquier medio o forma legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi Documento de Identificación Personal.

6. En caso de mi fallecimiento como asegurado titular, nombro a: _____, parentesco: _____, como beneficiario para recibir cualquier reembolso de gastos médicos. En caso de cambio de Beneficiario, me comprometo a notificar y solicitar a la Aseguradora por escrito el cambio.

7. Este documento constituye una solicitud, por lo que no representa garantía alguna de aceptación por la Aseguradora. En caso de aceptación de la presente Solicitud de Seguro, La Aseguradora determinará los términos y condiciones de la misma, considerando la información declarada y aceptada por el Solicitante Principal en la presente.

8. La Aseguradora tendrá treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de recepción de esta solicitud, a partir de la fecha de recepción de esta solicitud en la Aseguradora, a través de los canales oficiales indicados para evaluar y resolver sobre la aceptación o rechazo de la misma. En caso que el Solicitante y/o Solicitante Principal no sea notificado respecto a la aceptación o rechazo de la Solicitud de Seguro, habiendo concluido el plazo indicado anteriormente; deberá tenerse por rechazada la Solicitud de Seguro.

9. En caso de aceptación, el Asegurado Titular manifiesta su conformidad de recibir de Seguros G&T, S.A., las Condiciones Generales de la Póliza a que se refiere este documento, por el medio indicado a continuación, cuyo contenido se me asegura es idéntico al registrado en la Superintendencia de Bancos de Guatemala, mediante Resolución No. 500-2017.

Dispositivo Electrónico

Documento Físico

Correo Electrónico

Descarga de Archivo

10. Esta solicitud ha sido completada en su totalidad por el Solicitante y/o Solicitante Principal.

Nombre del Solicitante y/o
Solicitante Principal

Firma del Solicitante y/o
Solicitante Principal

Fecha de firma de la Solicitud

Nombre del Intermediario

Código de Intermediario

Firma del Intermediario

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1896-2020 del 24 de noviembre de 2020, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.