

# SEGUROS DEL PAIS, S.A.

## GRUPO FINANCIERO DEL PAIS

### SOLICITUD SEGURO DE VIDA

Solicitud No. \_\_\_\_\_

Agente No. \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

SEXO

ESTADO CIVIL

EDAD

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

NUMERO DE CEDULA

NIT

PROFESIONES U OCUPACIONES ACTUALES

EMPRESAS EN QUE LAS DESEMPEÑA

DIRECCION RESIDENCIAL:

Tels. \_\_\_\_\_

DIRECCION COMERCIAL:

Tels. \_\_\_\_\_

INGRESOS ANUALES: \_\_\_\_\_ DIRECCION PARA COBROS Y AVISOS: Residencial ( ) Comercial ( ) Otros \_\_\_\_\_

CONTRATANTE \_\_\_\_\_

PLANES Y BENEFICIOS ADICIONALES

PLAZO

SUMA ASEGURADA

FORMA DE PAGO:

ANUAL

☐

TRIMESTRAL

☐

SEMESTRAL

☐

MENSUAL

☐

PRIMA TOTAL SEGUN FORMA DE PAGO

#### BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

PORCENTAJE O CANTIDAD

PARENTESCO O RELACION CON  
EL SOLICITANTE

|                                                                                                   |                                      |            |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------|-----------------------------|
| DEPORTES Y/O AFICIONES QUE<br>PRACTICA: AUTOMOVILISMO,<br>MOTOCICLISMO, ALPINISMO,<br>BUCEO, ETC. | TIPO COMPETENCIA                     | FRECUENCIA | DESEA CUBRIR EL RIESGO      |
|                                                                                                   | AMATEUR <input type="checkbox"/>     |            | SI <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                   | PROFESIONAL <input type="checkbox"/> |            | NO <input type="checkbox"/> |

NOTA: SIRVASE DAR DETALLE DE LOS SEGUROS DE VIDA CONTRATADOS EN ESTA O EN OTRA COMPAÑIA.

| COMPANIA | SUMA ASEGURADA | TIPO DE POLIZA | AÑO EN QUE FUE<br>TOMADA | SI FUE CANCELADA<br>CUANDO |
|----------|----------------|----------------|--------------------------|----------------------------|
|          |                |                |                          |                            |
|          |                |                |                          |                            |
|          |                |                |                          |                            |
|          |                |                |                          |                            |

EXISTE EN LA ACTUALIDAD OTRA SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA O PIENSA HACERSE. DAR DETALLE:

LE HA SIDO RECHAZADA O ACEPTADA EN CONDICIONES ESPECIALES ALGUNA SOLICITUD, INDIQUE EL MONTO Y LA COMPAÑIA:

INDIQUE SI SOLICITA ESTA POLIZA PARA ABANDONAR OTRA EXISTENTE:

|                                                            |                                                         |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| VIAJA EN AVIONES PARTICULARES O MILITARES<br>COMO PASAJERO | HA SIDO O HA RECIBIDO INSTRUCCIONES PARA PILOTO AVIADOR |
| SI ( ) NO ( )                                              | SI ( ) NO ( )                                           |

NOTA: EN CASO AFIRMATIVO A LAS PREGUNTAS ANTERIORES COMPLETAR CUESTIONARIO DE AVIACION.

#### PARA OBTENER REFERENCIAS

| NOMBRE | DIRECCION | TELEFONO |
|--------|-----------|----------|
|        |           |          |
|        |           |          |
|        |           |          |
|        |           |          |

TEXTO AFECTIVO O POR RESOLUCION

No. \_\_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_\_

DE LA SUPERINTENDENCIA DE PAISOS

#### DATOS ADICIONALES CUANDO EL SOLICITANTE SEA MUJER

|                                             |                                       |                                       |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| POR CONCEPTO DE QUE OBTIENE SUS<br>INGRESOS | ¿QUIEN PAGA LAS PRIMAS?               | NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO            |
|                                             |                                       |                                       |
| EDAD DEL ESPOSO                             | ¿POR CUANTO ESTA ASEGURADO SU ESPOSO? | SI NO ESTA ASEGURADO INDIQUE LA CAUSA |
|                                             |                                       |                                       |

IMPORTANTE: CANTIDAD QUE ENTREGUE AL AGENTE EN PAGO DE LA PRIMA INICIAL: \_\_\_\_\_

YO, EL ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERDADERAS Y EXACTAS; Y CONVENGO EN QUE ESTA DECLARACIÓN Y LAS RESPUESTAS QUE HE DE DAR AL MEDICO QUE ME RECONOZCA, SERAN LA BASE PARA LA EMISION DE LA POLIZA Y DE SU VALIDEZ; QUE EL EXAMEN MEDICO FORMA PARTE DE LA SOLICITUD, QUE CUALQUIER INEXACTITUD O FALSEDA EN DICHAS DECLARACIONES Y CONTENIDAS EN LA SOLICITUD AUNQUE NO SEA DE MI PUÑO Y LETRA, QUE AFECTEN SUSTANCIALMENTE LA ACEPTACION DEL RIESGO O LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA, ANULA EL CONTRATO, LIMITANDOSE LA OBLIGACION DE LA COMPAÑIA, A LA DEVOLUCION DE LAS PRIMAS PAGADAS.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL AGENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CONTRATANTE SI LO HUBIERE \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PARA LLENAR EXCLUSIVAMENTE EN EL SEGURO SIN EXAMEN MEDICO**

- |                                                                                                                                                                                                                          | SI  | NO  |                                                                                       | SI  | NO  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. ¿Tiene algún defecto en la vista?                                                                                                                                                                                     | ( ) | ( ) | - ¿Diarreas de larga duración?                                                        | ( ) | ( ) |
| 2. ¿Tiene algún defecto auditivo?                                                                                                                                                                                        | ( ) | ( ) | - ¿Pérdida de peso sin motivo?                                                        | ( ) | ( ) |
| 3. ¿Le falta algún miembro o parte de él?                                                                                                                                                                                | ( ) | ( ) | - ¿Frecuentes sudores nocturnos?                                                      | ( ) | ( ) |
| 4. ¿Tiene alguna deformidad?                                                                                                                                                                                             | ( ) | ( ) | - ¿Inflamación de los ganglios linfáticos?                                            | ( ) | ( ) |
| 5. ¿Padece actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?                                                                                                                                                             | ( ) | ( ) | 8. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?                               | ( ) | ( ) |
| 6. ¿Padece o ha padecido una enfermedad que se repita causada por virus, bacterias u hongos en el aparato respiratorio, estómago, intestinos, en la piel, en los órganos urinarios y sexuales, sistema nervioso central? | ( ) | ( ) | 9. ¿Ha estado internado en algún hospital o sanatorio para tratamiento o tratamiento? | ( ) | ( ) |
| 7. Sufre o ha sufrido de:                                                                                                                                                                                                |     |     | 10. ¿Se le han hecho estudios de Rayos X o practicado Electrocardiogramas?            |     |     |
| - ¿Dolores persistentes de los miembros o articulaciones parecidos a los de la gripe?                                                                                                                                    | ( ) | ( ) | 11. ¿Ha estado sujeto a tratamiento de 2 años atrás a la fecha?                       | ( ) | ( ) |

DATOS ADICIONALES CUANDO EL SOLICITANTE SEA MUJER

12. Tiempo de casada: \_\_\_\_\_
13. Se encuentra actualmente embarazada: \_\_\_\_\_ De cuántos meses: \_\_\_\_\_
14. Cuántos hijos ha tenido en época completa: \_\_\_\_\_ De fecha del último alumbramiento: \_\_\_\_\_
15. Padece o ha padecido de enfermedades o dolores propios de su sexo: SI ☐ NO ☐
16. Ha tenido abortos: SI ☐ NO ☐
17. Han sido difíciles o peligrosos los partos: SI ☐ NO ☐

|                                                                                                      |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA EN LAS PREGUNTAS I A LA II Y DE LA 15 A LA 17 DAR AMPLIA INFORMACION |  |  |  |
| NOMBRE DE LAS                                                                                        |  |  |  |

| EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA EN LAS PREGUNTAS 1 A LA 11 Y DE LA 15 A LA 17 DAR AMPLIA INFORMACION |                                                                                     |                                                         |                                                                                                                       |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| PREGUNTA NO.                                                                                         | NOMBRE DE LAS ENFERMEDADES, AFECCIONES, LESIONES, ANALISIS Y PRUEBAS DE LABORATORIO | NO. DE VECES QUE LAS HA SUFRIDO                         | FECHAS                                                                                                                | ESTADO ACTUAL |
|                                                                                                      |                                                                                     |                                                         | <p>TEXTO APROPIADO POR RESOLUCION</p> <p>No. _____ DE FOLIO _____</p> <p>DE LA SUPERINTENDENCIA</p> <p>DE SANIDAD</p> |               |
| ESTATURA                                                                                             | PESO                                                                                | HA VARIADO SU PESO EN LOS ULTIMOS 12 MESES              | LIBRAS AUMENTADAS                                                                                                     | CAUSA         |
| MTS.                                                                                                 | LBS.                                                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | LIBRAS DISMINUIDAS                                                                                                    |               |

NOMBRE Y DOMICILIO DEL MEDICO QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR:

| HACE USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS                         | CLASE | CANTIDAD | FRECUENCIA |
|---------------------------------------------------------|-------|----------|------------|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |       |          |            |

| ¿FUMA USTED?                                            | CLASE | CANTIDAD DIARIA |
|---------------------------------------------------------|-------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |       |                 |

DESDE CUANDO:

# HISTORIA FAMILIAR

HAN PADECIDO SUS PADRES O HERMANOS DE:

EPILEPSIA SI ( ) NO ( ) DIABETES SI ( ) NO ( ) CANCER SI ( ) NO ( ) DEMENCIA SI ( ) NO ( )

| PARENTESCO | EDAD | ESTADO DE SALUD<br>(si no es bueno, dar detalles) | EDAD A LA MUERTE | CAUSA DE LA MUERTE |
|------------|------|---------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| PADRE      |      |                                                   |                  |                    |
| MADRE      |      |                                                   |                  |                    |
| ESPOSO (A) |      |                                                   |                  |                    |
| HIJOS      |      |                                                   |                  |                    |
|            |      |                                                   |                  |                    |
|            |      |                                                   |                  |                    |

YO, EL SOLICITANTE DECLARO, QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERDADERAS Y EXACTAS Y CONVENGO EN QUE ESTA DECLARACION SERA LA BASE PARA LA EMISION DE LA POLIZA Y DE SU VALIDEZ; QUE CUALQUIER INEXACTITUD O FALSEDAD EN DICHAS RESPUESTAS HECHAS POR MI Y CONTENIDAS EN LA SOLICITUD, AUNQUE NO SEAN ESCRITAS DE MI PUÑO Y LETRA, QUE AFECTEN SUSTANCIALMENTE LA ACEPTACION DEL RIESGO O LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA, ANULA EL CONTRATO, LIMITANDOSE LA OBLIGACION DE LA COMPAÑIA A LA DEVOLUCION DE LAS PRIMAS PAGADAS. NO OBSTANTE SER ESTA SOLICITUD SIN EXAMEN MEDICO, ESTOY DE ACUERDO EN QUE SE ME PRACTIQUEN EXAMENES EN CASO DE QUE LO REQUIERA LA COMPAÑIA; ASIMISMO, AUTORIZO A CUALQUIER HOSPITAL, CLINICA O MEDICO QUE ME HAYA ATENDIDO PARA QUE PROVEA A SEGUROS DEL PAIS, S.A., CUALQUIER INFORMACION RESPECTO A ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS O ACCIDENTES QUE YO HAYA SUFRIDO, HISTORIAL MEDICO, CONSULTAS, RECETAS, INCLUYENDO PLACAS DE RAYOS X Y COPIAS DE TODOS LOS INFORMES MEDICOS O DEL HOSPITAL. UNA COPIA FOTOSTATICA AUTENTICADA DE ESTA AUTORIZACION SERA CONSIDERADA TAN EFECTIVA Y VALIDA COMO EL ORIGINAL.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

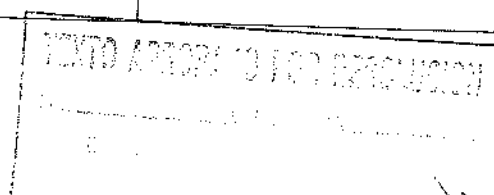
## INFORME COMPLEMENTARIO DEL AGENTE

- ¿Cuánto tiempo hace que conoce usted al solicitante? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el objeto de este seguro? \_\_\_\_\_
- ¿Le consta a usted que su cliente firmó esta solicitud? SI ☐ NO ☐
- ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable como por su moralidad y reputación? SI ☐ NO ☐
- Solicita su cliente este seguro para abandonar alguna póliza expedida por esta Compañía? SI ☐ NO ☐
- Observaciones: De amplia información de cualquier aspecto que pudiera influir en la aceptación del riesgo o en la persistencia del seguro: \_\_\_\_\_

CLAVE DEL AGENTE

NOMBRE DEL AGENTE

FIRMA



## CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA TEMPORAL

### 1. CONTRATO

Esta póliza y la solicitud correspondiente, copia de la cual se acompaña a la presente, así como los contratos suplementarios, si los hubiere, constituyen el contrato completo de seguro. El Asegurado al recibir esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a la Compañía, para los efectos de los dos primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio que dicen textualmente:

“En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido, o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquel en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último.”

### 2. CAMBIOS O MODIFICACIONES

Todo cambio o modificación a las condiciones de esta póliza, para ser válido, necesita que se haga constar en endoso agregado a la misma, firmado por funcionario autorizado por la Compañía, y aceptado por el Asegurado o la persona que legalmente posea los derechos derivados de la póliza, según sea el caso.

### 3. PAGO DE BENEFICIOS

Si el Asegurado falleciere encontrándose en vigor este contrato, la Compañía pagará al beneficiario o beneficiarios designados por el asegurado, la suma asegurada, contra entrega de esta póliza y las pruebas fehacientes del fallecimiento. Cualquier adeudo derivado de la póliza a favor de la Compañía será deducido del pago anterior.

### 4. CAMBIOS DE BENEFICIARIOS Y CESION DE DERECHOS

En cualquier momento, mientras esté en vigor este contrato, por medio de aviso escrito a la Compañía, el Asegurado podrá:

- a) Transferir los derechos derivados del seguro sin el consentimiento de Beneficiario alguno, salvo que hubiere designado Beneficiario irrevocable y no se haya reservado para sí tales derechos.
- b) Cambiar de Beneficiario, reservándose o no el derecho de cambiarlo en el futuro, salvo que con anterioridad hubiere designado Beneficiario irrevocable conforme a lo prescrito en las leyes aplicables a este contrato.

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| TEXTO APROBADO POR RESOLUCION |                |
| No. _____                     | DE FECHA _____ |
| DE LA SUPERINTENDENCIA        |                |
| DE SANJOS                     |                |

Ninguna transferencia de derechos entrará en vigor a no ser que esté debidamente comunicada y registrada en la Compañía; pero al estar así registrada entrará en vigor en la fecha en que el Asegurado firmó el aviso respectivo. El cambio de Beneficiario deberá hacerlo la Compañía en la póliza.

#### 5. PRESCRIPCION

Todas las acciones derivadas de este contrato de seguro, prescribirán en el término de dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. En el caso de beneficiarios, si no tienen conocimiento del derecho a su favor, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones del asegurador.

#### 6. PAGO DE PRIMAS Y PERIODO DE GRACIA

Las primas son anuales y pagaderas por anticipado; pueden contratarse pagos anuales, semestrales trimestrales o mensuales. Se concede un período de gracia de treinta días para el pago de cualquier prima vencida, al finalizar dicho período la póliza caduca sin necesidad de declaración alguna. Si el Asegurado falleciere dentro del período de gracia, cualquier prima vencida y no pagada será deducida de la liquidación de esta póliza.

#### 7. REHABILITACION

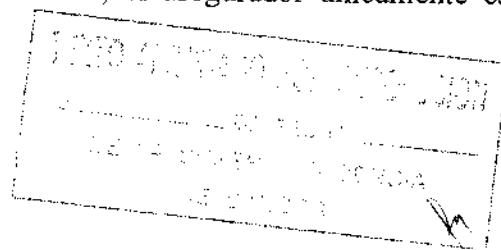
En caso de caducidad de la presente póliza, la misma puede ser rehabilitada, mediante solicitud escrita del Asegurado, presentación de evidencia de asegurabilidad y previo pago de todas las primas vencidas hasta la fecha de rehabilitación. Sin embargo, la Compañía podrá efectuar la rehabilitación modificando la vigencia de la póliza, por el tiempo durante el cual hubiese estado caducada. Sí, como consecuencia de esta modificación, la edad del Asegurado resultare mayor que la que aparece en esta póliza, entonces deberá pagar las diferencias de primas entre las dos edades. La edad del Asegurado en la nueva póliza será la que hubiere alcanzado en la fecha de la rehabilitación.

#### 8. INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del asegurado, dan derecho a la Compañía para dar por terminado el contrato; pero dicho derecho caduca (no así para cualquier contrato suplementario adjunto a la presente que otorgue Beneficio de Incapacidad o Accidente) si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos años a contar de la fecha de su perfeccionamiento o de la última rehabilitación.

#### 9. SUICIDIO

La Compañía estará obligada al pago de la suma asegurada, aún en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si ocurre después de DOS AÑOS de emitida o rehabilitada la póliza. Si ocurriere antes, el asegurador únicamente está obligado a la devolución de las primas percibidas.



#### 10. EDAD

Si la edad del Asegurado ha sido declarada erróneamente, cualquier cantidad pagadera por esta póliza será la que se hubiere podido adquirir con el importe de las primas efectivamente pagadas y aplicadas de acuerdo con la edad correcta.

#### 11. FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO O CESIONARIO

Los derechos de un Beneficiario que fallezca antes o al mismo tiempo que el Asegurado, acrecerán la parte que corresponda a los restantes beneficiarios, si los hubiere. A falta de otro u otros beneficiarios, tales derechos pasarán a los herederos legales del Asegurado. Los derechos derivados de la póliza transferidos a cualquier persona que falleciere estando la misma en vigor, pasarán a sus herederos, administradores o albaceas, salvo que aquí se hubiere convenido lo contrario.

#### 12. SIN RESTRICCIONES

Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones relativas al cambio de residencia, cambio de ocupación, viajes y género de vida del asegurado.

#### 13. CLAUSULA COMPROMISORIA

Cualquier diferencia que surja entre el Asegurado y la Compañía será sometida al procedimiento arbitral, en la ciudad de Guatemala, República de Guatemala, de conformidad con el "Reglamento del Centro Privado de Dictamen, Conciliación y Arbitraje", el cual es aceptado de modo irrevocable, conforme el Decreto 67-95, del Congreso de la República, Ley de Arbitraje, observándose las reglas siguientes:

- a) Si el rechazo de la reclamación por la Compañía se fundase en la caducidad de la póliza o en los alcances de su cobertura o en cualquier otro asunto puramente de derecho, el asunto será sometido a un Tribunal de Arbitros de Derecho.
- b) Si el Asegurado o los beneficiarios, en su caso, estuvieren inconformes con el monto de la indemnización establecida por la Compañía, el asunto será sometido a un Tribunal de Arbitros de Equidad.

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en resolución No. 1251-1999 de fecha 13 de octubre de 1999 y modificada por Resolución No. de fecha

