SOLICITUD DE SEGURO

Seguro de Gastos Médicos Individual

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Si la solicitud es aceptada, él será el ASEGURADO TITULAR)

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres
Primer apellido	**Segundo apellido**	**Apellido de Casada**

Tipo de documento de identificación:	Número de documento de identificación:

Nacionalidad:	Otra nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):	Edad:

Lugar de nacimiento:	NIT:	Estado civil:

Sexo: M ☐ F ☐ Peso: _____ Libras. Estatura: _____ Metros.

Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, colonia, otro.)

Zona	Municipio	Departamento

No. de celular	Teléfono de casa	Teléfono de Oficina	e-mail/correo electrónico

Ocupación o empleo actual:	Lugar de trabajo:
Detalle de actividad laboral:	**Ingresos mensuales:**

2. PLAN DE SEGURO QUE SOLICITA

Cobertura Internacional ☐ Cobertura Centroamérica ☐ Plan solicitado: _____

Suma Asegurada: _____ Moneda: _____ Anual Renovable: ☐ Vitalicia: ☐

Deducible: _____

ANEXOS OPCIONALES:

Anexo	Suma asegurada

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS:

Anexo: _____

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

3. PRIMA, FACTURACIÓN, SOLICITANTE PAGADOR

Prima anual a pagar:		Periodicidad de pago:		Valor de prima fraccionada:	

SOLICITANTE PAGADOR

Facturar a nombre de: _____ NIT: _____

Tipo y número de documento de identificación: _____

Dirección: _____

4. DATOS DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES (ASEGURADOS DEPENDIENTES)

Nombre de los Solicitantes Dependientes		Relación con titular	Sexo		Fecha de nacimiento Día/Mes/Año			Estado Civil *	Peso	Estatura
Nombres			F	☐						
Apellidos			M	☐					Libras	Metros
Nombres			F	☐						
Apellidos			M	☐					Libras	Metros
Nombres			F	☐						
Apellidos			M	☐					Libras	Metros
Nombres			F	☐						
Apellidos			M	☐					Libras	Metros
Nombres			F	☐						
Apellidos			M	☐					Libras	Metros

S = Soltero C = Casado Otro (Especifique): _____

5. DECLARACIÓN DE SALUD

INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR

Información de todos los médicos que lo(s) atienden o los han atendido en los últimos 12 meses, a usted y/o a cualquier de los miembros de su familiar a asegurar (Solicitantes Dependientes).

Nombre del médico	Especialidad	Dirección	Número Tel.

6. INFORMACIÓN DE SEGUROS DEL SOLICITANTE 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 de 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 Gastos Médicos que tenga en vigor o en trámite y además los Seguros Médicos que ha tenido:

Aseguradora	Tipo de seguro (Vida y/o Gastos Médicos)	Monto del Seguro o Máximo Vitalicio	Fecha de Vigencia	Solicitante (Titular, Cónyuge, Hijos)

2. ¿Reemplazará este seguro con alguna otra póliza en vigor? Sí ☐ No ☐

   Anote el nombre del solicitante, Aseguradora actual y la razón de la cancelación:

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

Brindar detalle:

4. Ha reclamado usted o alguno de sus dependientes, como asegurado(s) de pólizas de Seguro Médico y/o Accidentes o por Invalidez? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo de detalle:

Solicitante (Titular – Dependiente(s)	Aseguradora	Fecha del Reclamo	Monto Indemnizado	Motivo del Reclamo

7. CUESTIONARIO DE SALUD Y HÁBITOS DE VIDA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL Y SUS DEPENDIENTES

INSTRUCCIONES: Marque SÍ o NO escribiendo en la casilla correspondiente con una X o un ✓ si aplica para usted o para uno de sus dependientes las enfermedades/padecimientos/diagnósticos indicados en el cuadro a la par. Abajo del cuestionario encontrará espacio para ampliar las respuestas afirmativas. Puede ampliar sus respuestas en hoja adicional. Anotar nombre de dependiente que responde en forma afirmativa.

		Titular		Dependiente(s)		Nombre de quien aplica:
1	¿Ha tenido o tiene problemas del oído, de audición, de la nariz o de la garganta? Como: Faringitis, anginas, otitis, sinusitis, pólipos u otras.	SI	NO	SI	NO	
2	¿Ha tenido o tiene problemas de la visión? Como: Miopía, presbicia, iritis, queratitis, astigmatismo, daltonismo, glaucoma, escotoma, desprendimiento de retina u otras.	SI	NO	SI	NO	
3	¿Padece o ha padecido de enfermedades del sistema nervioso? Como: Apoplejía, neuritis, cefaleas, vértigos, temblores, tics, epilepsia, depresión, ansiedad, parálisis, embolia, trombosis u otras.	SI	NO	SI	NO	
4	¿Padece o ha padecido de enfermedades del corazón o del aparato circulatorio? Como: Presión arterial alta o baja, disnea, dolor de pecho, arritmias, bloqueos, angina, infarto, hipertensión arterial, cardiopatías, venas varicosas, soplo en el corazón u otras.	SI	NO	SI	NO	
5	¿Padece o ha padecido de enfermedad del aparato digestivo? Como: Úlcera, gastritis, apendicitis, hernias, hemorroides, hepatitis A, pancreatitis, colon irritable, colitis, diverticulitis, hernia, reflujo gastroesofágico, mala absorción, vesícula biliar, estreñimiento u otras.	SI	NO	SI	NO	
6	¿Padece o ha padecido de enfermedad Respiratoria o Pulmonar? Como: Bronquitis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, tuberculosis, ronquera o catarro persistente, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, enfisema, apnea del sueño u otras.	SI	NO	SI	NO	
7	¿Padece o ha padecido de aparato urinario y genital? Como: Insuficiencia renal, cólicos nefríticos, cistitis, hematuria, trastornos ginecológicos o de la próstata, nefritis, piedras en el riñón u otras.	SI	NO	SI	NO	
8	¿Padece o ha padecido de enfermedades del sistema endocrino y nutrición? Como: Diabetes, trastornos de la glándula de tiroides, padecimiento endocrinológico o metabólico, elevación de: colesterol, triglicéridos, ácido úrico u otras).	SI	NO	SI	NO	

9	¿Padecimientos de los músculos, huesos y/o articulaciones? Como: Fracturas, artrosis, artritis, gota, alguna enfermedad o trastorno del aparato locomotor, columna vertebral, músculos y/o de los huesos como neuritis, ciática, reumatismo, fiebre reumática, dolor de espalda, articulaciones u otras.	SI	NO	SI	NO	
10	¿Padece o ha padecido de enfermedad de la sangre? (Anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea y sistema linfático, hepatitis B, hepatitis C, lupus, otras enfermedades autoinmunes, de la colágena, u otra que no esté aquí mencionada).	SI	NO	SI	NO	
11	¿Padece o ha padecido de algún tumor? Tumores malignos, benignos, cáncer, linfoma, leucemia, neoplasias, quistes u otra enfermedad oncológica que no esté aquí mencionada.	SI	NO	SI	NO	
12	¿Padece o ha padecido de enfermedades de la piel? Como: Eczema, dermatitis, psoriasis, vitíligo, melancolía, urticaria u otras.	SI	NO	SI	NO	
13	¿Padece o ha padecido de enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales? Como: Enfermedades venéreas, sífilis, virus del papiloma humano VPH, hepatitis B, hepatitis C u otros desórdenes del sistema reproductivo.	SI	NO	SI	NO	
14	¿Padece o ha padecido de enfermedad por deficiencia inmunitaria, VIH, SIDA? O relacionada al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus del SIDA.	SI	NO	SI	NO	
15	¿Padece o ha padecido de enfermedades infecciosas o parasitarias? Como: Enfermedad de chagas, malaria, candidiasis u otras.	Si	NO	SI	NO	
16	¿Padece o ha padecido de alergias? Como: A: polen, polvo, alimentaria, shock anafiláctico a productos como látex, u otra similar.	SI	NO	SI	NO	
17	¿Padece o ha padecido algún problema de salud mental como ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático, burnout, u otro similar?	SI	NO	SI	NO	
18	¿Tiene alguna discapacidad, amputación, deformidad física o alguna malformación congénita o hereditaria?	SI	NO	SI	NO	
19	¿Se ha sometido a procedimientos quirúrgicos como cirugía plástica, trasplante, para reducción de peso o de otro tipo en cualquier etapa de su vida?	SI	NO	SI	NO	
20	¿Hay en su familia (padres o hermanos) antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, cáncer, o de alguna enfermedad del corazón, mental, renal, congénita o hereditaria?	SI	NO	SI	NO	

	HÁBITOS Y DEPORTES				**Titular**		**Dependiente(s)**		**Nombre de quien aplica:**
21	¿Usted o alguno de sus dependientes ha fumado cigarrillos, tabaco, vapear o ha consumido productos con nicotina? ¿Consumen alcohol? ¿Consumen o usan drogas ilegales? Si respondió "Si" explique:				SI	NO	SI	NO	
	Detalle:		Desde cuándo:						
	Cantidad de consumo:		Detalle:						
22	¿Práctica alguno(s) de los siguientes deportes? Alpinismo, carreras de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta, parapente u otra actividad o deporte(s) considerado(s) de alto riesgo o peligrosos. Indique cuál(es):				SI	NO	SI	NO	
	Deporte:		Frecuencia y motivo:						
23	¿Viaja en forma frecuente en aeronaves privadas o en motocicleta? Indique tipo y la frecuencia:				SI	NO	SI	NO	

	Tipo:		Frecuencia y motivo:					
24	¿Usted monta a caballo? Indique:			SI	NO	SI	NO	
	Motivo:		Frecuencia:					

CUESTIONARIO PARA MUJERES: Preguntas exclusivas para solicitantes mujeres, nombradas en esta solicitud:

	Fecha de última menstruación		
Solicitante Titular/Dependiente	**Día**	**Mes**	**Año**

		Titular		Dependiente(s)		Nombre de quien aplica:
25	¿Está embarazada, si respuesta es positiva indicar semanas de gestación? (En caso afirmativo, indicar si ha tenido complicaciones y la fecha en que se espera el alumbramiento). _____	SI	NO	SI	NO	
26	¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad o trastornos de útero, ovarios, hemorragias, masas en senos, complicaciones en parto(s), abortos o cualquier otro padecimiento?	SI	NO	SI	NO	
27	Se ha realizado estudios de: mamografía, papanicolau o algún chequeo ginecológico. (En el espacio de ampliación brinde nombre del estudio, fecha y resultado).	SI	NO	SI	NO	

ESPACIO PARA AMPLIAR SUS RESPUESTAS Y PROPORCIONAR MÁS INFORMACIÓN Y DETALLES:

No. de pregunta	A quién aplica	Diagnóstico	Fecha	Duración	Médico tratante	Hospital o Clínica

8. Complete la siguiente información:

8.1	El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente **(PEP)*:**	Si ☐	No ☐
8.2	Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (**PEP)*:**	Si ☐	No ☐
8.3	Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente **(PEP)*:**	Si ☐	No ☐
8.4	El solicitante actúa en nombre propio:	Si ☐	No ☐
8.5	Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
8.6	Posee documento de identidad Green Card:	Si ☐	No ☐
8.7	Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
8.8	El solicitante es Contratista o Proveedor del Estado **(CPE)**:**	Si ☐	No ☐

***PEP:** Persona que desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país.
****CPE:** Persona individual o jurídica que provee bienes, obras, servicios y suministros a entidades del estado por valor que exceda Q. 900,000.00

9. Envió de póliza:

Enviar la póliza: _____

10. QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

1. Aseguradora Rural, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.
2. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.
3. Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud autorizo:
   I. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada medicamente para proveer a la Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí o a mis dependientes sin limitación alguna.
   II. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.

Con la firma de esta solicitud autorizo a Aseguradora Rural, S.A., a:

a. Realizarme las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora considere necesarias, para verificar mí estado de salud o mis dependientes, pruebas que deberé realizar en el momento que la Aseguradora me lo indique o antes de la aceptación de mi solicitud.
b. Que se efectué la renovación automática de mi póliza de acuerdo a las condiciones de renovación.
c. Que me envíen la carátula de la póliza, Cuadro de Beneficios de la carátula de la póliza, Anexo(s), Condiciones Generales, Condiciones Particulares que correspondan por medio de comunicación electrónica.
d. Si la póliza y sus anexos no concordaren con la oferta, me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza, transcurrido dicho plazo sin que pida la mencionada rectificación se considerará aceptadas las estipulaciones de la póliza y su(s) anexo(s).

Se firma la presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

_____
Firma del solicitante

Nombre del Solicitante Titular: _____
Tipo y número de documento de identificación personal: _____

_____
Firma del solicitante-pagador

Nombre del Solicitante-Pagador _____
Tipo y número de documento de identificación personal: _____

11. AUTORIZACIÓN

Yo: _____

Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida:

☐ Caja ☐ Depósito monetario ☐ Depósito Ahorro ☐ Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta débito

Especificar: _____

Banco	Número de cuenta	Fecha de débito:

Tarjeta de Crédito/Débito:

Número de tarjeta	Banco emisor	Fecha de vencimiento mes y año	Fecha de débito:

_____

f) Firma del Solicitante

Tipo y número de documento de identificación: _____

Lugar: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Uso Interno de la Aseguradora:

Código Agente o Intermediario _____ Nombre del Agente o Intermediario _____

Agencia	Código colaborador	Iniciales Colaborador	Firma