

**SOLICITUD DE SEGURO
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL**

Solicitud: _____

(Es necesario que la información sea llenada en puño y letra por el Solicitante)

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 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	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

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

Deducible: _____

ANEXOS OPCIONALES:

Anexo	Suma asegurada

DESIGNACIÓN 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: _____

Documento de identificación: _____ 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 <input type="checkbox"/>						
Apellidos			M <input type="checkbox"/>				Libras	Metros	
Nombres			F <input type="checkbox"/>						
Apellidos			M <input type="checkbox"/>				Libras	Metros	
Nombres			F <input type="checkbox"/>						
Apellidos			M <input type="checkbox"/>				Libras	Metros	
Nombres			F <input type="checkbox"/>						
Apellidos			M <input type="checkbox"/>				Libras	Metros	
Nombres			F <input type="checkbox"/>						
Apellidos			M <input type="checkbox"/>				Libras	Metros	

*S= Soltero

C= Casado

Otro (Especifique): _____

5 . DECLARACIÓN DE SALUD

INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR

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

Nombre del médico	Especialidad	Dirección	Número Tel.

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

3. ¿Tiene prevista una cirugía, examen de diagnóstico, de laboratorio o tomografía? Si No

Especifique a continuación (Si necesita más espacio, puede adjuntar hoja adicional)

Nombre del Solicitante	Médico	Diagnóstico	Fecha	Medicamento	Dosis	Tratamiento, Cirugía o Examen Médico

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? Si 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 actualmente en vigor? Si 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?

Si No

Por favor de detalle: _____

4. ¿Ha reclamado usted o alguno de sus dependientes, como asegurado(s) de pólizas de Seguro Médico y/o Accidentes o por Invalidez??

Si 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:
	SI	NO	SI	NO	
1. ¿Ha tenido o tiene problemas de la visión, del oído, de audición, de la nariz o de la garganta?	SI	NO	SI	NO	
2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades vasculares cerebrales o desórdenes neurológicos, mal de Parkinson, o de desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, migrañas, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, apoplejía, embolia, trombosis u otro que no esté mencionado, indíquelo?	SI	NO	SI	NO	
3. ¿Padece o ha padecido de Enfermedades del corazón o del aparato circulatorio (dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, venas varicosas, soplo en el corazón, arritmia cardiaca, alguna afección cardiaca que no esté aquí mencionada, indíquela?	SI	NO	SI	NO	

4. ¿Padece o ha padecido de enfermedad del estómago, esófago, intestinos, colon, páncreas, hígado, Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, vesícula biliar, estreñimiento, ano-rectal, otra que no esté aquí mencionada, indíquela?	SI	NO	SI	NO	
5. ¿Padece o ha padecido de enfermedad Respiratoria o Pulmonar (falta de aire, ronquera o catarro persistente, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño, otra que no esté aquí mencionada, indíquela?	SI	NO	SI	NO	
6. ¿Padece o ha padecido de 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, uréteres, uretra, otra que no esté aquí mencionada, indíquela?	SI	NO	SI	NO	
7. ¿Padece o ha padecido de enfermedades o trastornos de la glándula de la tiroides u otro trastorno endocrinológico o metabólico (Diabetes, colesterol, triglicéridos, ácido úrico elevado), otra que no esté aquí mencionada, indíquela?	SI	NO	SI	NO	
8. ¿Ha padecido o padece problemas de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, discos intervertebrales, otra que no esté aquí mencionada, indíquela?	SI	NO	SI	NO	
9. ¿Padecimientos de los músculos y/o huesos (Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática, lesiones óseas, espalda, articulaciones, otro que no esté mencionado, indíquelo?	SI	NO	SI	NO	
10. ¿Alguna discapacidad, amputación, deformación física, cojera? ¿Alguna malformación congénita o hereditaria?	SI	NO	SI	NO	
11. ¿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 y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena, otra que no esté aquí mencionadas?	SI	NO	SI	NO	

12.¿Padece o ha padecido de Cáncer, linfoma, leucemia, neoplasias, quistes, tumores, problemas de las glándulas linfáticas, otra que no esté mencionada, indíquela?	SI	NO	SI	NO	
13.¿Padece o ha padecido de trastornos de la piel, manchas en la piel?	SI	NO	SI	NO	
14.¿Ha(n) sido sometido(s) a algún procedimiento de cirugía plástica en cualquier etapa de su vida?	SI	NO	SI	NO	
15.¿Le han practicado algún procedimiento para reducción de peso, bypass gástrico (banda gástrica, manga gástrica), otro que no esté aquí mencionado?	SI	NO	SI	NO	
16.Padece o ha padecido de alergia, rinitis, otra que no esté mencionada, indíquela?	SI	NO	SI	NO	
17.¿Ha(n) recibido o necesita algún miembro de su familia asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño?	SI	NO	SI	NO	
18.¿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	
19.¿Tiene algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	SI	NO	SI	NO	
20.Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años:					
1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	SI	NO	SI	NO	
2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución?	SI	NO	SI	NO	
3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	SI	NO	SI	NO	
4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	SI	NO	SI	NO	
21.¿Enfermedad de transmisión sexual o de los órganos sexuales, enfermedades venéreas, Virus del Papiloma Humano, u otros desórdenes del sistema reproductivo, ¿otra que no esté aquí relacionada?	SI	NO	SI	NO	

22. ¿Ha aumentado o disminuido su peso en más de 15 libras en los últimos 2 años? (Si es afirmativa su respuesta, indique abajo, la cantidad de libras y la causa).	SI	NO	SI	NO	
23. ¿Ha recibido usted o algún miembro de su familia tratamientos de radioterapia o quimioterapia?	SI	NO	SI	NO	
24. ¿Ha sido receptor o donador de órganos? o ¿Piensa donar órganos? ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?	SI	NO	SI	NO	
25. En algún momento ¿ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	SI	NO	
26. ¿Usted o alguno de sus dependientes tiene historia familiar (padres, hermanos) de diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedad cardíaca, mental, renal, congénita o hereditaria? (Indique el familiar y padecimiento al que se refiere)	SI	NO	SI	NO	

HÁBITOS Y DEPORTES	Titular		Dependiente(s)		Nombre de quien aplica:
27. ¿Usted o alguno de sus dependientes ha fumado cigarrillos o tabaco, o consumido productos con nicotina? ¿Consumen alcohol? ¿Consumen o usan drogas ilegales? Si respondió "Si" explique: ¿desde cuándo?, ¿Cantidad del consumo y tipo? Y proporcionar más detalles:	SI	NO	SI	NO	
Detalle: Cantidad de consumo:	Desde cuándo: Detalle:				
28. ¿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				

29. ¿Viaja en forma frecuente en aeronaves privadas o en motocicleta? Indique tipo de vehículo y la frecuencia:	SI	NO	SI	NO	
Tipo de vehículo	Frecuencia y motivo				
30. ¿Usted monta a caballo? Indique:	SI	NO	SI	NO	
Motivo:	Frecuencia:				

CUESTIONARIO PARA MUJERES: Preguntas exclusivas para Solicitantes Mujeres, nombradas en esta Solicitud:

Solicitante Titular/Dependiente	Fecha última menstruación		
	Día	Mes	Año

	Titular		Dependiente(s)		Nombre de quien aplica:
	SI	NO	SI	NO	
31. ¿Padece, ha padecido, o ha tenido síntomas relacionados a enfermedad de los ovarios, de la matriz o de las glándulas mamarias? (alteraciones de la menstruación, endometriosis, problemas de los senos, quistes, metrorragias).	SI	NO	SI	NO	
32. ¿Está embarazada? (En caso afirmativo indicar fecha en que se espera el alumbramiento)	SI	NO	SI	NO	
33. ¿Le han practicado legrados o cesáreas?	SI	NO	SI	NO	
34. ¿Se ha sometido o piensa someterse a un tratamiento de fertilidad o infertilidad?	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. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PARA CUMPLIR CON DISPOSICIONES DE LA IVE RELACIONADA CON LA LEY CONTRA LAVADO DE DINERO Y OTROS ACTIVOS

- | | | | | | |
|-----|---|-------|--------------------------|----|--------------------------|
| 8.1 | El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP): | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 | Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 | Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 | El solicitante actúa en nombre propio: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 | Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8.6 | Posee documento de identidad Green Card: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8.7 | Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8.8 | Ingresos mensuales: | _____ | | | |

***PEP:** Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella que tiene o se le ha confiado una función prominente en una organización internacional, así como, los dirigentes de partidos políticos nacionales y de otro país que su perfil está expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica.

***/ Si** la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).

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 efectuó 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 anexo(s) 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 considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexo(s).

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ De _____

Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante Titular _____

Número de documento de identificación personal _____

Firma del Solicitante - pagador

Nombre del Solicitante Pagador _____

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

Otra: _____

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

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 1799 del 2020, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Uso Interno de la Aseguradora:

Código Agente o Intermediario: _____ Nombre Agente o Intermediario: _____

Agencia	Código Colaborador	Iniciales Colaborador	Firma