

# Solicitud / Consentimiento Individual para Planes Colectivos de VIDA y GASTOS MÉDICOS



ASEGURADORA GENERAL, S. A.

Certificado No.	Póliza No.	Contratante (Empresa)		
Empleado, 1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de Casada
No. de Cédula / DPI	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación	
Fecha de Ingreso a la Empresa	Sueldo Mensual		Vigencia	
Regla para determinar la suma Asegurada			Clase	
¿El seguro de vida es Contributorio? (S/No)		¿Que porcentaje de prima contribuye el empleado?		
¿Cobertura para Gastos Médicos? (S/No)		¿El seguro de Gastos Médicos es contributorio para el empleado? (S/No)		
¿El seguro de Gastos Médicos es Contributorio para dependientes? (S/No)		¿Qué porcentaje de prima contribuye el empleado?		

## BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de casada	Parenteso	Porcentaje

Si ocurriere el fallecimiento de cualquier beneficiario antes del mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgarán a los beneficiarios sobrevivientes o beneficiario sobreviviente o, si no hay, a mis herederos legales. Me reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba.

## COBERTURA MÉDICA PARA DEPENDIENTES

							SI	NO
No.	Parenteso	Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de Casada	No. Cédula / DPI	Fecha de Nacimiento	
1	Cónyuge							
2	hijo(a)							
3	hijo(a)							
4	hijo(a)							
5	hijo(a)							
6	hijo(a)							
7	hijo(a)							

Firma del Empleado

Fecha

Firma y Revisado en nombre del Contratante (Empresa)

Sello del Contratante

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de seguro de grupo contratada entre el CONTRATANTE (Empresa), arriba nombrado y ASEGURADORA GENERAL, S. A. En consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes en relación con el mencionado seguro.

Hago constar que los datos y respuestas de esta solicitud y de las declaraciones para apreciación de riesgos que forman parte de la misma, son verdaderos y completos. CONSENTIMIENTO: por la presente solicito a Aseguradora General, S. A., la protección de Seguro Colectivo, por la cantidad o cantidades, forma o formas por las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el contrato o contratos de Seguro Colectivo emitidos a mi patrono y autorizo a éste que haga la deducción de mi salario o sueldo, de la cantidad requerida, si la hubiere, para cubrir mi cuota de las primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para la deducción en cualquier momento mediante aviso escrito a mi patrono. Declaro que en lo que concierne a mí persona, me encuentro amparado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con los mismos beneficios que solicito respecto a hospitalización, cirugía y atención médica; no obstante ello, manifiesto mi anuencia de participar en el Plan de Seguro de Vida y/o de Gastos Médicos de Aseguradora General, S. A.

Declaro que estoy enterado que la suma de seguro solicitada para el suscrito, está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal.



# ASEGURADORA GENERAL, S. A.

## Compañía de Seguros

### INFORMACIÓN PARA EVALUACIÓN DE SEGURO COLECTIVO

Nombre del Contratante (Empresa): \_\_\_\_\_

No. de Póliza: \_\_\_\_\_ No. de Certificado (si es inclusión de Dependiente): \_\_\_\_\_

Nombre del Candidato: \_\_\_\_\_

Dirección Residencia: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Lbs.

**DATOS DE DEPENDIENTES PARA SU INCLUSIÓN AL SEGURO (Completada por el Empleado):**

NOMBRE COMPLETO	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Estatura en Metros	Peso en libras	Para uso de la Compañía de Seguros
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					
F.					
G.					

**SALUD PERSONAL:** Por favor marque con una cruz la respuesta a cada pregunta. En caso de respuesta/s afirmativa/s, por favor en el espacio "PARA QUIÉN APLICA" y "aclaraciones para respuesta afirmativa" especifique: para quien aplica (principal o inciso del dependiente a que corresponde), fecha, duración, tratamiento y estado actual. Si fuera necesario utilice una/s hoja/s adicional/es.

PREGUNTA	Respuesta		¿Para quién aplica?	Aclaraciones para respuesta Afirmativa
1. ¿Ha consultado al médico en los últimos 12 meses?	NO	SI		
2. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?	NO	SI		
3. ¿Ha estado internado en algún Hospital o Sanatorio?	NO	SI		
4. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad?	NO	SI		
5. ¿Está sujeto a algún tratamiento?	NO	SI		
6. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	NO	SI		
7. ¿Le falta algún miembro o parte de él?	NO	SI		
8. ¿Tiene alguna deformidad?	NO	SI		
9. ¿Tiene algún defecto de la vista?	NO	SI		
10. ¿Tiene algún defecto auditivo?	NO	SI		
11. ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?	NO	SI		
12. ¿Se le han hecho electrocardiogramas?	NO	SI		
13. ¿Se le han hecho estudios de Rayos X?	NO	SI		
14. ¿Padece o ha padecido de tensión arterial?	NO	SI		
15. ¿Ha padecido durante su vida, alguna enfermedad grave?	NO	SI		
16. ¿En los últimos años ha consultado o fue tratado por algún médico a causa de SIDA? En caso positivo, por favor abajo proporcione el nombre del médico, su teléfono, dirección y fecha del tratamiento.	NO	SI		

17. Para candidatas de sexo femenino, por favor responder lo siguiente:

A) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo?	NO	SI		¿Cuál?
B) ¿Está actualmente embarazada?	NO	SI		¿De cuántos meses?
C) ¿Ha tenido abortos?	NO	SI		¿Cuántos?      ¿En que fecha?
D) ¿Cuántos partos ha tenido?			¿Hubo anomalías en algún parto?	¿Cuál?

**HÁBITOS:**

¿Se considera en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajo y/o estudio?	NO	SI	En caso negativo detalle quién y por qué				
			¿Para quién aplica?	CLASE	Cantidad diaria	Desde cuándo? (sólo para preguntas de 1 a 3.1)	Hasta cuándo? (sólo para preguntas de 1 a 3.1)
1. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	NO	SI					
1.1 ¿Las ha ingerido anteriormente?	NO	SI					
2. ¿Usa drogas llamadas narcóticos o estimulantes?	NO	SI					
2.1 ¿Ha usado drogas anteriormente?	NO	SI					
3. ¿Fuma cigarrillos, cigarros o pipa?	NO	SI					
3.1 ¿Ha fumado anteriormente?	NO	SI					
4. ¿Ha cambiado de peso en el último año?	NO	SI		Lbs. Aumentadas	Lbs. Disminuidas	Causas	
5. ¿Ha recibido de una Compañía de seguros o de otra institución, alguna indemnización a causa de lesión o enfermedad?	NO	SI	Detalle:				

6. ¿Ha piloteado o piensa pilotear alguna aeronave?	NO	SI
6.1 ¿Vuela frecuentemente como pasajero en aviones particulares?	NO	SI
6.2 ¿Practica algún deporte o aficiones peligrosas?	NO	SI

Si una de las respuestas a las preguntas 6 y 6.1 es afirmativa, por favor llene el cuestionario de Aviación

7. Si es comerciante o industrial: ¿Cuál es el principal giro de sus negocios?

8. ¿Tiene otras actividades o "hobbies", diferentes a los de mayor riesgo?	NO	SI
--	----	----

Detalle cuáles y para quién aplica:

9. ¿Ha solicitado seguro en otra Compañía?	NO	SI
--	----	----

Indique cantidad, Compañía y para quién aplica:

10. ¿Ha sido rechazado, pospuesto o extraprimado en ésta u otra Compañía?	NO	SI
---	----	----

Especifique para quién aplica:

11. Si ha tenido Seguro de Vida con anterioridad favor detallarlos a continuación.

Para quién aplica	Suma Asegurada	Compañía	Plan	No. de Póliza	¿En Vigor?	NO	SI

Autorizo a los médicos o entidades que me hayan asistido, examinado o que posean información para que proporcionen a ASEGURADORA GENERAL, S. A. los informes que requiera referentes a la salud y/o enfermedades mías y/o de mis familiares dependientes; información que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno. Inclusive después del fallecimiento mío y/o de mis dependientes. Para tal efecto relevo a las personas o entidades de cualquier responsabilidad.

**DE INTERÉS PARA EL/LOS CANDIDATOS**

Se previene el candidato que conforme la Ley debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en el entendido que la NO-DECLARACIÓN de un hecho importante para la apreciación del riesgo podría originar la pérdida del derecho o del beneficio en su caso, tanto para él como para sus familiares dependientes.

LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

CÉDULA DE VECINDAD DEL CANDIDATO: \_\_\_\_\_ MUNICIPALIDAD: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CANDIDATO: \_\_\_\_\_