



## SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

POLIZA No. \_\_\_\_\_

CERTIFICADO No. \_\_\_\_\_

NOMBRE ASEGURADO TITULAR: \_\_\_\_\_

La SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES al programa de seguro médico debe ser entregada en las oficinas de la Compañía dentro de los **30 días** siguientes a la fecha en que el dependiente se adquiere. Si esta solicitud es recibida por la Compañía después de 30 días, su inclusión al Programa de Seguro está sujeto a las normas de selección de Seguros El Roble, S. A.

Se encuentra el Dependiente a incluir actualmente asegurado en cualquier otro plan de Seguros que ofrezca la Compañía u otra Compañía Aseguradora: SI  NO

En caso afirmativo, indique el Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_  
; número de Póliza: \_\_\_\_\_ ; número de certificado: \_\_\_\_\_

• NOMBRE DEL DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_  
LA COBERTURA ES SOLICITADA A PARTIR DE: \_\_\_\_\_  
DIA / MES / AÑO  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
PARENTESCO: \_\_\_\_\_ ; No. DE CEDULA: \_\_\_\_\_ ; EXTENDIDA EN: \_\_\_\_\_  
PESO: \_\_\_\_\_ ; ESTATURA: \_\_\_\_\_ ; FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIA / MES / AÑO

• NOMBRE DEL DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_  
LA COBERTURA ES SOLICITADA A PARTIR DE: \_\_\_\_\_  
DIA / MES / AÑO  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
PARENTESCO: \_\_\_\_\_ ; No. DE CEDULA: \_\_\_\_\_ ; EXTENDIDA EN: \_\_\_\_\_  
PESO: \_\_\_\_\_ ; ESTATURA: \_\_\_\_\_ ; FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIA / MES / AÑO

• NOMBRE DEL DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_  
LA COBERTURA ES SOLICITADA A PARTIR DE: \_\_\_\_\_  
DIA / MES / AÑO  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
PARENTESCO: \_\_\_\_\_ ; No. DE CEDULA: \_\_\_\_\_ ; EXTENDIDA EN: \_\_\_\_\_  
PESO: \_\_\_\_\_ ; ESTATURA: \_\_\_\_\_ ; FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIA / MES / AÑO

### DECLARACION DE SALUD

La información proporcionada será importante para el trámite de esta solicitud.

ENFERMEDADES DE:			NOMBRE	FECHA
El esófago, estómago y/o intestinos	Si	No		
La vesícula biliar	Si	No		
De la próstata	Si	No		
Los Testículos	Si	No		
El útero	Si	No		
Los ovarios	Si	No		
Las mamas	Si	No		
La tiroides	Si	No		

Si alguna de las preguntas anteriores es SI y hubo cirugía, y/o toma de biopsias, debe adjuntar el informe de patología.

ENFERMEDADES DE:			NOMBRE	DIAGNOSTICO	FECHA
La cabeza, cerebro, cerebelo o médula espinal	Si	No			
Los oídos, nariz o garganta	Si	No			
La boca o dientes	Si	No			
La tráquea, pulmones o bronquios	Si	No			
El corazón o las coronarias	Si	No			
De las arterias, venas o sistema linfático	Si	No			
El sistema muscular, ligamentos o tendones	Si	No			
Los huesos o articulaciones	Si	No			
Columna vertebral	Si	No			
El sistema digestivo	Si	No			
El esófago	Si	No			
El estómago	Si	No			
El recto	Si	No			
El ano	Si	No			
El hígado	Si	No			
El páncreas	Si	No			
El sistema nervioso	Si	No			
Los nervios	Si	No			
El sistema urinario	Si	No			
Los riñones, de la vejiga	Si	No			
Los genitales externos	Si	No			
La sangre	Si	No			
La piel	Si	No			
La vista, ojos	Si	No			
Enfermedades mentales	Si	No			
Por drogadicción	Si	No			
Hernias	Si	No			
HIV (SIDA)	Si	No			
Si usted es mujer, está actualmente embarazada? (o su cónyuge)	Si	No			
Tiene defectos físicos o mentales de nacimiento?	Si	No			
Se encuentra en la menopausia? Si su respuesta es Si, indicar si toma Estrógenos, Dosis y ¿desde cuándo?	Si	No			
Especifique:					
Ha sufrido otras enfermedades no contenidos en este listado, especifique:	Si	No			

Lugar y Fecha

Firma Asegurado Titular

Adjunto los siguientes documentos para la inclusión de dependientes:

CONYUGE: Fotocopia de cédula de vecindad.

HIJOS MENORES DE 18 AÑOS: Fé de edad o partida de nacimiento.

HIJOS DE 18 A 19 AÑOS: Fotocopia de cédula de vecindad y constancia de estudios.

### PARA USO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS

NOTA: Los dependientes arriba indicados han sido aprobados a partir del:

NOTA: El (los) cambio(s) arriba solicitado(s) ha(n) sido registrado(s) y operado(s) por la Compañía.

Lugar y Fecha

Firma Jefe de Area y Sello de la Compañía





**EL ROBLE**  
SEGUROS Y FIANZAS

**SEGUROS EL ROBLE, S. A.**

Guatemala, C. A.

## Cambio de Nombre

POLIZA No. \_\_\_\_\_ CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

CERTIFICADO No. \_\_\_\_\_ EMPLEADO: \_\_\_\_\_

Sírvase cambiar el nombre del asegurado de:

\_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado

Sírvase completar original y triplicado y remitirles a la Compañía de Seguros.

GV-12

Me/pr\*



**EL ROBLE**  
SEGUROS Y FIANZAS

**SEGUROS EL ROBLE, S. A.**  
Guatemala, C. A.

## CAMBIO DE BENEFICIARIO

POLIZA COLECTIVA No.: \_\_\_\_\_ CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

CERTIFICADO No.: \_\_\_\_\_ EMPLEADO: \_\_\_\_\_

De acuerdo con las condiciones de la Póliza deseo revocar la designación anterior y nombrar nuevo beneficiario a:

NOMBRE

PARENTESCO

Me reservo el derecho de cambiar beneficiario sin el consentimiento de los mismos.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado Asegurado



# DECLINACION DEL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

PARA EMPLEADO

PARA DEPENDIENTES

NOMBRE DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

POLIZA No. \_\_\_\_\_ CERTIFICADO No. \_\_\_\_\_

En el programa del Seguro de "GASTOS MEDICOS" ofrecido por SEGUROS EL ROBLE, S. A. a la Empresa para la cual trabajo \_\_\_\_\_ se me ha explicado y se me ha dado la oportunidad de participar en el mismo.

Después de considerarlo, entenderlo satisfactoriamente y habiendo refrendado la(s) casilla(s) correspondiente(s), certifico que renuncio a la oportunidad de participar en él.

Tengo entendido que si desearé tomar parte en el programa en una fecha futura, tendré que suministrar pruebas satisfactorias de buena salud tanto de mi persona como de mis dependientes si los hubieren. Cualesquier exámenes médicos que fueran requeridos correrán por mi propia cuenta y deberé esperar aviso previo de mi aceptación para poder formar parte de él.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EMPLEADO

GM-20 Guatemala \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_