



IMPORTANTE
(Código de Comercio)

Artículo 880. DECLARACION. El solicitante estará obligado a declarar por escrito al asegurador, de acuerdo con el cuestionario respectivo, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de formular la solicitud.

Artículo 881. DECLARACION DE REPRESENTANTE. Si el contrato se solicita por un representante o por quien actúa en interés de un tercero, deberán declararse tanto los hechos importantes que sean o deban ser conocidos por aquel por cuya cuenta se contrata.

Artículo 908. TERMINACION POR DECLARACION INEXACTA. La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 880 y 881 de este Código, dan derecho al asegurador para terminar el contrato de seguro. El asegurador, dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración, notificará al asegurado que da por terminado el contrato, transcurrido este plazo sin que se haga tal notificación el asegurador perderá el derecho de invocarla. El asegurador tendrá derecho a título de indemnización, a las primas correspondientes al período de seguro en curso, pero si da por terminado el seguro antes de que haya comenzado a correr el riesgo, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Este cuestionario es confidencial para uso de la Compañía.
Toda pregunta deberá ser contestada sin usar rayas, ni comillas y escrita de puño y letra, por el solicitante

DATOS DEL SOLICITANTE

1. Asegurado Titular: Nombre 1 _____ Nombre 2 _____
 Apellido 1 _____ Apellido 2 _____ Apellido de Casada _____
 2. Fecha de Nacimiento: _____ 3. Edad: _____ 4. Lugar de Nacimiento: _____
 5. NIT: _____ 6. Sexo (M o F) _____ 7. Estado Civil: _____ 8. Estatura: _____ Mts.
 9. Peso: _____ lbs. 10. Dirección Residencial: _____
 Calle/Ave. _____ No. Casa /Lote _____ Colonia/Condominio _____
 Zona _____ Municipio _____ Sector _____ Manzana _____
 11. Teléfono y Celular: _____
 12. Nombre de la Empresa donde Trabaja: _____ 13. Teléfono: _____
 14. Dirección: _____
 15. Descripción exacta de su ocupación: _____ 16. No. de DPI _____
 17. Dirección para recibir correspondencia: Domicilio Comercial Otro
 Especifique _____
 Calle/Ave. _____ No. Casa /Lote _____ Colonia/Condominio _____ Sector _____ Manzana _____
 Zona _____ Municipio _____
 18. Correo Electrónico _____
 19. Es usted una Persona Políticamente Expuesta (PEP): SI NO 20. Actúa en nombre propio: SI NO

DATOS DEL CONYUGE

21. Nombre de la Empresa donde Trabaja: _____ 22. Teléfono: _____
 23. Dirección: _____
 24. Descripción exacta de su ocupación: _____ 25. Celular: _____

26. BENEFICIOS

A. SEGURO DE VIDA

Suma para Asegurado Titular

50,000 100,000 150,000 200,000 250,000 300,000 350,000 400,000 450,000 500,000

Suma para Cónyuge

50,000 100,000 150,000 200,000 250,000 300,000 350,000 400,000 450,000 500,000 NO

Los beneficiarios del Seguro de Vida se anotan en la siguiente página.

B. PLAN MEDICO Cobertura Completa Cobertura Hospitalaria

Élite Mundial Premier 1 Mundial Oro Plus Mundial Oro Mundial

C. DENTAL SI NO

27. FAMILIARES DEPENDIENTE

(Si desea cobertura de Gastos Médicos para ellos)

NOMBRES COMPLETOS	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	ESTATURA	PESO	SEXO
	DIA	MES	AÑO		MTS.	LBS	M/F
CONYUGE:							
HIJOS:							

28. Nombre y Dirección completa de los Médicos que atienden regularmente a cualquiera de los miembros de su familia:

29. ¿Ha tenido o tiene en vigor o en trámite algún Seguro de Vida y/o Gastos Médico? SI NO
 Si su respuesta es positiva, Indique los Seguros de Vida y Gastos Médicos que tenga en vigor o en trámite y además los Seguros Médicos que ha tenido.

COMPAÑÍA	FECHA DE EMISION	MONTO DEL SEG. VIDA	BENEFICIO MAX. GTOS. MEDICOS	PERSONAS CUBIERTAS EN EL SEGURO EN MENSIÓN (indique SI o NO)		
				TITULAR	CONYUGE	HIJOS

30. ¿Reemplaza este seguro alguna otra póliza actualmente en vigor? SI NO

Especifique

31. A usted o a cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, les han sido rechazadas, aplazadas, modificadas, aumentadas las tarifas, en alguna solicitud de seguro, de renovación, de rehabilitación o de cambio de póliza de seguro de Vida, Accidentes o Médico? SI NO
 Por favor detalle:

NOMBRE	COMPAÑÍA	FECHA	TIPO DE SEGURO	RAZÓN

32. Ha reclamado usted o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, como beneficiarios de pólizas de Accidentes o Médico o por Invalidez? SI NO

NOMBRE	COMPAÑÍA	FECHA	CANTIDAD RECIBIDA	CAUSA

33. Se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado a ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? SI NO
 Por favor detallar

NOMBRE	DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO	DOSIS	TRATAMIENTO

34. Ha tenido el solicitante o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (Indique SI o NO escribiendo en la casilla correspondiente a la persona que aplica a cada una de las enfermedades indicadas en el cuadro a continuación):

			Nombre Completo de la persona para la cual es afirmativa la respuesta
A) Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	SI	NO	
B) Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, apoplejía, embolia?	SI	NO	
C) Falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño?	SI	NO	
D) Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas, arritmia cardíaca?	SI	NO	
E) Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto o ano?	SI	NO	
F) Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uréteres, uretra y órganos reproductivos?	SI	NO	
G) Enfermedades de la tiroides, trastornos de la glándula tiroides u otro trastorno endocrínologo. Diabetes, dislipidemia e hiperuricemia?	SI	NO	
H) Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	
I) Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal, columna vertebral, la espalda y las articulaciones, discos intervertebrales?	SI	NO	
J) Ha sido sometido a algún procedimiento de cirugía plástica en cualquier etapa de su vida?	SI	NO	
K) Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer, manchas y acné?	SI	NO	
L) Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea y sistema linfático, hepatitis B, Hepatitis C, Lupus y otras enfermedades auto inmunes y de la colágena?	SI	NO	
M) Enfermedad por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus SIDA?	SI	NO	
N) Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	SI	NO	
Ñ) Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años: 1) Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación? 2) Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución? 3) Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica? 4) Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	SI SI SI SI	NO NO NO NO	
O) Usa o ingiere cualquier tipo de droga, estupefacientes y/o psicotrópicos que alteren su estado mental y/o físico y que produzca hábito?	SI	NO	
P) Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, Ansiolíticos, Antidepresivos, inductores del sueño?	SI	NO	
Q) Cualquier enfermedad o malformación congénita?	SI	NO	
R) Ha sido receptor o donador de órganos? o ¿Piensa donar órganos? ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?	SI	NO	
S) Le han hecho radioterapia y/o quimioterapia?	SI	NO	
T) Ha aumentado o disminuido su peso en mas de 15 libras en los últimos 2 años? (Si es afirmativa su respuesta, indique la cantidad de libras y la causa)	SI	NO	
U) Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? (Indique el familiar y padecimiento al que se refiere)	SI	NO	

SOLO PARA MUJERES (CÓNYUGE E HIJAS)

V) Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?
INDIQUE: Fecha de su última menstruación
 DIA ____ / MES ____ AÑO ____

SI NO

W) Operación cesárea?

SI NO

X) Se encuentra actualmente embarazada? (En caso afirmativo indicar fecha en que se espera el alumbramiento)

SI NO

CUESTIONARIO SOBRE LOS HÁBITOS DEL SOLICITANTE:

Y) Usted o cualquiera de los miembros de su familia fuma actualmente o ha fumado cigarrillos, consume ahora o ha consumido en el pasado alcohol u otras drogas?

SI NO

Z) Practica usted o alguno de sus familiares dependientes alpinismo, carreras de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad o deporte considerados de alto riesgo o peligrosos?

SI NO

AA) Ha sido o piensa ser, piloto o miembro de la tripulación de un avión particular?

SI NO

AMPLIACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

EJEMPLO:

PREGUNTA 34 - E	PERSONA A LA QUE APLICA <i>Carlos Sánchez</i>	DOLENCIA Y TRATAMIENTO <i>Úlcera Péptica</i>	FECHA DE TRATAMIENTO <i>Nov. - 2002</i>
DURACION 6 meses	NOMBRE DEL MEDICO <i>Juan López</i>	NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA <i>Centro de Salud</i>	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DE TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DE TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DE TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DE TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DE TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DE TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA	

ASIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

**EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIO DE MI SEGURO DE VIDA
BENEFICIARIOS DEL TITULAR**

NOMBRE COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE %
Primeros Beneficiarios		
Segundos Beneficiarios		

**EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIO DE MI SEGURO DE VIDA
BENEFICIARIOS DEL CONYUGE**

NOMBRE COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE %
Primeros Beneficiarios		
Segundos Beneficiarios		

En caso de ser aceptada mi Solicitud, que es la única base para la expedición del Seguro a mi favor, dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, la Compañía se eximirá de toda obligación de indemnizar.

CONSENTIMIENTO

Por la presente solicito a la Compañía ASEGURADORA GENERAL, S.A., la protección de Seguro por la cantidad o cantidades, forma o formas por las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el contrato de Seguro emitido al Contratante y autorizo a éste a que haga el cargo de la cantidad requerida, para cubrir mi cuota de las primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para dicho cargo en cualquier tiempo mediante aviso escrito al contratante. Declaro que en lo que concierne a mi persona si me encontrara 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 anuncio a participar en los Planes de Seguro de Vida y de Gastos Médicos y Dentales de ASEGURADORA GENERAL, S.A.

AUTORIZACION PARA OBTENER Y DAR INFORMACION

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre mí, mi cónyuge o sobre mi salud, la de mi cónyuge o la de mis hijos menores, para que divulgue esa información a la ASEGURADORA GENERAL, S.A. o a sus reaseguradores, en el momento de que la compañía lo considere necesario para evaluar de mi grupo familiar el seguro de vida, el seguro de Gastos Médicos, plan Dental o cualquier otro beneficio que se ofrezca bajo el presente programa.

Y de acuerdo con lo establecido en los artículos 9, numeral 1 y 64 de la Ley de Acceso de la Información Pública 19,21,22,28,46, Ley Contra el Lavado de Dinero u Otros Activos 12 y 20 de su Reglamento 50,55,56 y 58 Ley e Bancos y Grupos Financieros, autorizo a las empresas que distribuyen o comercializan con datos personales para que puedan adquirir de cualquier entidad y le puedan proporcionar a ASEGURADORA GENERAL, S.A. estudios que muestren información concerniente a mi persona, a efecto de que ASEGURADORA GENERAL, S.A., pueda verificar la información proporcionada para tramitar mi solicitud y/o verificaciones relacionadas con este negocio.

Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Asimismo la compañía puede solicitar que me someta a ciertas pruebas consideradas necesarias para evaluar mi solicitud de seguro. Tales pruebas incluirán, pero no se limitarán a informe de análisis de orina, electrocardiogramas, radiografías de pecho y pruebas sanguíneas para colesterol, lípidos en sangre, diabetes, infección por el virus del SIDA y trastornos hepáticos y renales.

Si se requiere un reporte de inspección sobre mi persona, solicito ser entrevistado.

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Propuesto Asegurado

X

Firma del Propuesto Asegurado

En mi calidad de asegurado titular, esta autorización se extiende a mi cónyuge e hijos que solicitan cobertura dentro de la presente solicitud, ya sean menores o mayores de edad.

Nombre del Cónyuge del Propuesto Asegurado

X

Firma del Cónyuge del Propuesto Asegurado

Nota: Antes de firmar asegúrese de leer toda la solicitud, pues ésta forma parte legal de su expediente.

FORMA DE PAGO: Pago en Banco Débito Automático de: Tarjeta de Crédito Otro (Especifiqué): _____
 Cuenta Monetaria (Adicional completar formulario del Banco)

Por este medio Autorizo al emisor de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria identificada a continuación, a debitar mensualmente las cuotas que pagan el Seguro, sin limitación u objeción.

Tarjeta o Cuenta a nombre de _____ No. Tarjeta o Cuenta _____

Fecha de vencimiento de la tarjeta: _____ Autorizo a la empresa emisora de la Tarjeta o al Banco: _____
(solo para tarjetas de crédito)

Firma del Tarjetahabiente / Cuentahabiente X _____

DATOS PARA SU FACTURA

Emitir factura a nombre de: _____ NIT: _____

Dirección Fiscal: _____

Correo Electrónico para recibir la factura: _____

En el caso de que el Pagador sea distinto al Titular del seguro, responda: No. de DPI _____

¿Es el pagador una Persona Políticamente Expuesta (PEP)? SI NO

PRIMA COTIZADA: VIDA _____ MEDICO _____ DENTAL _____ TOTAL _____

NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE VENDEDOR

FIRMA DEL AGENTE VENDEDOR

Titular o Cónyuge mayores de 50 que requieren examen Físico y de Orina: SI NO Niños menores de 1 año que requieren Infor. Pediátrico: SI NO



Por este medio hago constar que se me ha explicado el plan de seguro médico "PSM Internacional" de Aseguradora General, S.A. y quedé enterado de los siguientes puntos:

SEGURO DE VIDA: Este seguro puede cubrir al asegurado titular y al cónyuge, dependiente hijos. No tienen seguro de vida. Este seguro de vida ofrece las siguientes coberturas:

1. Suma básica de muerte por cualquier causa.
2. Seguro de accidentes, pago de una suma igual a la básica en caso de fallecimiento por accidente.
3. Desmembración: pago de un porcentaje de la suma asegurada en vida por la pérdida de miembros del cuerpo como se describe en el contrato.
4. Enfermedades graves: pago en vida de la suma asegurada contratada en caso sea diagnosticada una enfermedad grave cubierta por este beneficio.

El suicidio se excluye durante los primeros dos años de vigencia de la póliza.

DEDUCIBLE: El "deducible" es la cantidad mínima inicial, que se indica en el cuadro de beneficios, la cual se resta de los gastos médicos elegibles, que sean incurridos por cada individuo asegurado, y este se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones:

- a. Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del área centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por "año calendario".
- b. Los deducibles que se apliquen por gastos incurridos dentro del área centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del área centroamericana y no podrán combinarse entre sí.

REEMBOLSO: Usted puede utilizar el seguro de dos maneras:

- a. **Pago directo:** cada vez que usted necesite usar el seguro, deberá seguir el siguiente procedimiento para pago directo:
Acudir al médico de la red que reciba los cupones de atención médica, solamente ellos son los autorizados a extender recetas de medicamentos, órdenes de laboratorio, exámenes especiales de diagnóstico y solicitud de hospitalización en RPN (red de proveedores negociados); Si el médico no es afiliado a RPN no puede utilizar pago directo.

Para trámite de autorización en el caso de compra de medicamentos, hospitalizaciones y procedimientos especiales de pruebas diagnósticas y exámenes de laboratorio, deberá enviar vía correo electrónico: la receta de medicamentos, solicitud de hospitalización, solicitud de exámenes especiales, exámenes de radiología o laboratorio RPN al correo electrónico autorizacionesgm@aseguradorageneral.com y por la misma vía le será enviada su autorización (colocar el dato del número o correo electrónico al que desea le sea enviada la autorización). Debe presentarse al hospital, farmacia, centro de diagnóstico o laboratorio afiliado a RPN con el formulario original que corresponda, autorización y carné de identificación RPN.

Utilizando proveedores afiliados a RPN y siguiendo los trámites para autorización definidos, usted solamente pagará el porcentaje de coaseguro y copago que corresponda de acuerdo al cuadro de beneficios del plan contratado más los gastos no elegibles.

- a. **Reembolso convencional:** Si usted NO utiliza los servicios definidos en opción de pago directo entonces deberá pagar el 100% de sus gastos y presentar las facturas ORIGINALES con un formulario específico que se le entrega junto a su póliza. En este caso la aseguradora le reembolsará el porcentaje que corresponda de acuerdo al cuadro de beneficios del plan contratado de los gastos elegibles, menos el deducible y los timbres de ley.

EMERGENCIAS: En caso de emergencia deberá utilizar el hospital afiliado a RPN más cercano SIN necesidad de pedir autorización, presentar su carné de RPN al ingresar al hospital y durante las primeras 24 horas siguientes a la hospitalización, Usted, sus familiares o el hospital deberán avisar a la aseguradora para la autorización y poder utilizar pago directo, caso contrario usted deberá pagar el 100% y solicitar reembolso.

MATERNIDAD: Todos los gastos relacionados con la atención del embarazo estarán cubiertos hasta el límite especificado en el cuadro de beneficios, siempre y cuando este embarazo concluya después de 12 meses continuos de cobertura. Esto significa que no pueden ingresar al seguro mujeres embarazadas y que los embarazos que inicien después de asegurarse, deberán concluir después de los doce meses del período de espera. La cobertura de maternidad es exclusivamente para aseguradas titulares o cónyuges femeninos, NO así hijas dependientes.

CONTROL DE NIÑO SANO: Cubre gastos incurridos por control pediátrico mensual durante el primer año con sus respectivas vacunas. Los refuerzos se cubren hasta los 6 años de edad. Las vacunas cubiertas son las de la cartilla pediátrica, deben presentarse por opción de reembolso convencional y están afectas a deducible.

CUPONES DE CONSULTA EXTERNA: Estos cupones son única y exclusivamente para cubrir el valor de la consulta de un médico afiliado a RPN que acepte cupón. Usted deberá seleccionar un médico afiliado, solicitar cita y presentar su carné de RPN al momento de su cita. En la clínica le solicitarán firmar el cupón y pagar una parte de su consulta de acuerdo a los copagos establecido en el plan de seguros.

PREEXISTENCIAS: La frase "condición preexistente" se define como: enfermedad, lesión corporal y/o síntoma presente (s) que existía (n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado, bien sea la original, la de rehabilitación, o el aumento de beneficios por cambio de plan, y por el (los) cuales el asegurado:

- a. Tuvo advertencia médica o consultó a un médico, recibió tratamiento médico, servicios o suministro; se hizo o le recomendaron exámenes para diagnóstico, tomó medicinas recetadas, o
- b. Padece síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado.

DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA: Se excluyen todos los gastos incurridos para el estudio

o el tratamiento médico o quirúrgico de las enfermedades, lesiones, secuelas o complicaciones de:

Amígdalas y/o adenoides, cometas, vesícula biliar, hígado y vías biliares, rodillas y hombros, enfermedades del aparato reproductor femenino, incluyendo pero no limitándose a útero, ovarios y trompas, columna vertebral, cáncer, hemorroides, así como procedimientos de corrección quirúrgica de hernias inguinales, abdominales, cistocele y rectocele.

PAGOS: El asegurado es el único responsable de efectuar sus pagos en las fechas y en la forma elegida en la solicitud. Si al terminar el período de gracia (30 días después de la fecha de pago) el asegurado no ha efectuado el pago de la prima, le serán suspendidos los servicios de red para pago directo y no se le reembolsarán reclamos que haya presentado por gastos incurridos durante dicho período, al haber transcurrido sesenta (60) días sin pago de primas, el contrato se dará por terminado, a partir de la fecha en que venció la primera prima no pagada, sin necesidad de aviso o declaración especial de la compañía. Una vez al cliente se le haya cancelado la póliza por morosidad, a excepción en casos que el cliente demuestre su falta de responsabilidad por el atraso, no se podrá ni rehabilitar, ni ingresar como asegurado nuevo.

Los cheques de pago del seguro deben ser emitidos a nombre de Aseguradora General, S.A. La Compañía no responde por pagos o depósitos que no se hagan directamente a nombre de Aseguradora General, S.A.

PÓLIZAS CANCELADAS: Si se realiza un pago de prima para una póliza que ya está cancelada por falta de pago (60 días de atraso), Aseguradora General, S.A. no pagará ningún siniestro ocurrido en ese período y se procederá a la devolución de la prima al asegurado.

TARIFAS: Este seguro tiene su renovación año calendario. Es decir que las primas contratadas al momento de comprar el seguro se mantendrán sin variación durante el año calendario (de enero a diciembre). Si durante este período el asegurado titular, o su cónyuge cambiaran de edad, se aplicará la prima que corresponde a dicha edad hasta el momento de la renovación del seguro. Cada enero puede haber un incremento de tarifas, además del cambio de tarifa por edad, dependiendo de factores inflacionarios y la siniestralidad (igual para todos los asegurados).

PLAN DENTAL: Si contrata el plan dental, usted no podrá cancelarlo mientras la póliza principal se encuentre vigente. El máximo por Periodontología es igual a la cobertura dental total, pero este es vitalicio.

TERRITORIO CENTROAMERICANO: Para efecto de liquidación de reclamos, El "área centroamericana" está conformada por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica. Gastos incurridos en Panamá y Belice se consideran como reclamos incurridos fuera del territorio Centroamericano.

RESIDENTES: Este seguro, cubre únicamente a residentes en Guatemala, dentro del país y como excepción residiendo fuera del país hasta por un máximo de 180 días al año. Los hijos dependientes de asegurados titulares tienen cobertura fuera de Guatemala si realizan sus estudios universitarios, siempre y cuando sean menores de 23 años, sean estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente de los padres.

RECLAMOS EN DÓLARES: Se fija como tasa máxima de cambio para reclamos incurridos fuera del territorio Centroamericano, lo que se detalla a continuación: Q. 9.00 x \$US 1.00

PÓLIZA: Entiendo que esta constancia de explicación únicamente abarca algunos de los puntos más importantes de mi cobertura de seguro y que es FUNDAMENTAL que me entere de los alcances de mi cobertura, en términos de lo que cubre y lo que NO cubre, por medio de la lectura atenta y detenida del certificado de condiciones contractuales de seguro, el cual me será entregado al recibir confirmación de la vigencia de mi seguro.

Nombre del asegurado

Código y nombre del agente

Firma del asegurado

Firma del agente

Lugar y fecha





ASEGURADORA
GENERAL

BOLETA ASR-32

FECHA:

1. EMPRESA O PERSONA INDIVIDUAL

Nombre y apellidos completos:

Nacionalidad:

Fecha de nacimiento:

No. DPI o pasaporte (** sí es extranjero):

NIT:

¿ES PEP?

Sí

No

Profesión u oficio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Dirección:

2. ENTIDAD JURÍDICA

A) DATOS DE LA ENTIDAD

Nombre de la entidad:

Fecha de constitución:

Actividad económica:

Teléfono:

NIT.:

Dirección:

Correo electrónico:

B) DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos completos:

No. DPI o pasaporte (** sí es extranjero)

¿ES PEP?

Sí

No

Observaciones:

** En el caso el solicitante o Representante Legal sea extranjero, adjuntar copia de pasaporte y documento que acredite su condición migratoria.

Código del Intermediario de Seguros