

Para uso de Seguros El Roble, S.A.							
No. Póliza	Afiliación	Clase	No. Certificado	Suma asegurada	T	T+1	FAM
					1	2	3

TARJETA DE CONSENTIMIENTO PARA PLANES COLECTIVOS

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Seguro Colectivo, contratado entre corredores BYNSA a quien reconozco como contratante del grupo y **SEGUROS EL ROBLE, S.A.** en consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes, con relación al mecanismo seguro.

Nombre Completo _____ Apellidos _____ Nombres _____ Cédula o DPI _____
 Dirección Particular _____ Calle _____ Zona _____ Ciudad _____
 Profesión u Oficio _____ NIT _____

Indique cobertura				Fecha de nacimiento							
Vida	Myda	Gastos Médicos	Gastos médicos para dependientes	Día	Mes	Año	Edad	Género	Estatura	Peso	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Mts.	Lbs.	

Sujeto a las condiciones que se indiquen abajo, nombro en caso de mi fallecimiento como mi beneficiario (s) a:

Nombres y Apellidos del Beneficiario	Parentesco	%	No. de Cédula o DPI	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si ocurre el fallecimiento de cualquier beneficiario antes del mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgarán a los beneficiarios sobrevivientes o si no hay a mis herederos legales. Reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba. Quiero inscribirme en los planes colectivos indicados arriba, para los cuales seré elegible. Convengo se se me admite, en la deducción de las contribuciones apropiadas de mi sueldo y, si me fuera requerido, en proveer evidencia de mi edad. Declaro que estoy enterado de que la suma de seguro solicitado para el suscrito está acorde con las normas estipuladas en la solicitud original.

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS EN RESOLUCIÓN No. 303-87 DE FECHA 1 DE OCTUBRE DE 1,987

Solamente para cobertura de gastos médicos - dependientes elegibles: cónyuge e hijos solteros

Nombres y Apellidos del dependiente	Parentesco	Fecha de nacimiento	Estatura	Peso (lbs.)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Declaración de salud del solicitante, cónyuge e hijos (historial médico)

a. Nombre del Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

b. ¿Ha(n) tenido algún padecimiento de salud en los últimos 5 años? Sí No

Nombre del padecimiento	Fecha	Nombre del paciente	Médico tratante										
_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Día</td><td>Més</td><td>Año</td><td></td><td></td></tr> </table>						Día	Més	Año			_____	_____
Día	Més	Año											
_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Día</td><td>Més</td><td>Año</td><td></td><td></td></tr> </table>						Día	Més	Año			_____	_____
Día	Més	Año											
_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Día</td><td>Més</td><td>Año</td><td></td><td></td></tr> </table>						Día	Més	Año			_____	_____
Día	Més	Año											

c. ¿Se le ha(n) recomendado someterse a alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico en los últimos 5 años? Sí No Especifique tipo de cirugía(s) o tratamiento(s) médico(s): _____

_____ Médico(s) Tratante(s): _____

d. ¿Se encuentra(n) en buen estado de salud? Sí No Si su respuesta es "No" especifique: _____

e. Ha(n) padecido Presión Arterial Alta? Sí No Si su respuesta es "Sí" especifique: _____

Nombre del paciente	Tiempo y tratamiento	Médico tratante
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Para Solicitante (Titular o Cónyuge) de sexo femenino

f. ¿Está Usted actualmente embarazada? Sí No

g. Antecedentes Obstétricos

Partos Normales: Sí No ¿Cuántos? _____ Partos Cesáreas: Sí No ¿Cuántos? _____

Abortos: Sí No ¿Cuántos? _____ Ligadura de Trompas: Sí No

Información Adicional

h. Fuma Sí No Bebe Alcohol Sí No ¿Cuántas bebidas a la semana? _____

i. ¿Se ha sometido o ha sido aconsejado someterse a tratamiento por alcoholismo o hábito de drogas?
Sí No En caso afirmativo especifique: _____

j. Si sufre(n) o ha(n) sufrido previamente alguno de las siguientes enfermedades, marque la casilla apropiada (Todas las preguntas deben ser contestadas. Si su respuesta fuera afirmativa o alguna de ellas, coloque el nombre de quien la padece o padeció, la fecha que sucedió y especifique el tipo de diagnóstico que se obtuvo)

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS. SI SU RESPUESTA FUERA AFIRMATIVA O ALGUNA DE ELLAS, COLOQUE EL NOMBRE DE QUIEN LA PADECE O PADECIÓ		SI	NO	NOMBRE DE LA PERSONA PARA QUIEN ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
1	Boca <input type="checkbox"/> Dientes <input type="checkbox"/>			
2	Esófago <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Intestinos <input type="checkbox"/>			
3	Vesícula Biliar			
4	Próstata			
5	Testículos			
6	Utero			
7	Ovarios			
8	Mamas			
9	Tiroides			
10	Sangre			
11	Hernias			
12	Recto <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/>			
13	Defectos Físico o Mentales de Nacimiento			
14	Tumores Benignos <input type="checkbox"/> Tumores Malignos <input type="checkbox"/>			
15	Migraña <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico <input type="checkbox"/>			
16	Enf. Mentales <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales <input type="checkbox"/>			
17	Enfermedades Oculares			

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS. SI SU RESPUESTA FUERA AFIRMATIVA O ALGUNA DE ELLAS, COLOQUE EL NOMBRE DE QUIEN LA PADECE O PADECIO		SI	NO	NOMBRE DE LA PERSONA PARA QUIEN ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
18	Asma <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Enf. Pulmonares <input type="checkbox"/>			
	Oídos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Garganta <input type="checkbox"/>			
19	Enf. Cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>			
20	Enf. del hígado <input type="checkbox"/> Enf. del páncreas <input type="checkbox"/>			
21	Otros desordenes hormonales			
22	Enf. de la vías urinarias y de los riñones <input type="checkbox"/>			
23	Reumatismo <input type="checkbox"/> Enf. de los Músculos <input type="checkbox"/>			
	Enf. en Articulaciones <input type="checkbox"/> Enf. de los huesos <input type="checkbox"/>			
24	Ligamentos <input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/>			
25	Enf. o molestias de: Espalda <input type="checkbox"/>			
	Columna Vertebral <input type="checkbox"/> Médula Espinal <input type="checkbox"/>			
26	Enfermedades de la piel			
27	Operaciones Estéticas			
28	¿Ha sido sometido(a) a tratamiento de Fertilidad?			
29	¿Se ha efectuado algún examen de SIDA?			

CONSENTIMIENTO

Por el presente, solicito a la COMPANÍA DE SEGUROS EL ROBLE, 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 de Seguro Colectivo emitido al Contratante. Declaro que en lo que concierne a mi persona si me encontrare amparado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con los mismos beneficios que solicito respecto a hospitalización, cirugía y atención médica, no obstante, manifiesto mi anuencia a participar en los Planes de Seguro de Vida y de Gastos Médicos Mayores Comprensivos de SEGUROS EL ROBLE, S.A.

CONDICIONES ESPECIALES ACEPTADAS POR EL SOLICITANTE

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, ha mi mejor juicio y conocimiento. Expresamente renuncio, en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés de cualquier póliza emitida en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que prohíba a un médico u otra persona que me haya asistido o pueda asistir o examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento o información adquiridos por tal médico. Por este medio hago constar que todas las declaraciones hechas aquí son verídicas y han sido suministradas por mí, a fin de obtener la póliza solicitada y convengo en que: (1) La Compañía no contraerá fraude. (2) Cualquier promesa o declaración hecha por un agente u otra persona no obligará a la Compañía a menos que se haga por escrito y esté aprobada por la Compañía. (3) Mi aceptación de la póliza que se emita en base a esta solicitud, constituirá el perfeccionamiento legal del contrato y mi conformidad con cualquiera de los cambios anotados por la Compañía. (4) Que he leído detenidamente este documento y acepto sus condiciones. **LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE LA COMPANÍA DE SEGUROS.**

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

Datos forma de pago:		T	T+1	FAM
		1	2	3
Cheque No. :	Banco:			
Tarjeta Crédito No. :	Tipo:	Vence:		
Otro.:	Valor Autorizado:			
*Firma Autorizada y Nombre del Tarjetabiente:				

Nombre del vendedor:		Código:	
Datos para facturación:			
Factura a nombre de:		Nit:	
Nombre del Asegurado:		Cédula:	
Dirección de cobro:			
Teléfonos casa:	Celular:	Fax:	Oficina:
Cheque No. :		Banco:	
Tarjeta Crédito No. :		Tipo:	Vence:
Otro. :	E. Mail:		
*Firma Autorizada y nombre del tarjetabiente:			Valor Autorizado:

Principales exclusiones

- Chequeos médicos voluntarios que no sean relacionados con el tratamiento de una enfermedad o accidente.
- Exámenes de la vista, habilitación de lentes o aparatos auditivos.
- Cirugía plástica, a menos que esta sea necesaria como consecuencia de un accidente.
- Gastos relacionados por tratamiento de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales.
- Todos los gastos necesarios como consecuencia de no poder concebir por medios naturales.
- Aquellas enfermedades por las cuales el asegurado tuviera síntomas o recibido diagnóstico o tratamiento durante los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura, esta exclusión cesará después de 12 meses de cobertura continua bajo el programa, siempre y cuando haya sido declarada en la prueba de asegurabilidad.
- Tratamientos dentales, excepto en caso de accidente. O que el plan seleccionado otorgue esta cobertura.
- Gastos ocasionados por cualquier tipo de corrección visual.
- Tratamientos médicos suministrados con medicina homeopática.
- Tratamientos debido a dolencias congénitas.
- Gastos médicos incurridos por asegurados que no residan permanentemente en Centroamérica.
- Tratamientos relacionados con hormonas de crecimiento.
- Cualquier incapacidad que no sea a consecuencia de enfermedad o accidente.
- Desórdenes alimenticios o vitaminas.

Período de espera para cirugías electivas o programadas

No serán cubiertas aquellas cirugías electivas o que sean diagnosticadas o realizadas durante los primeros seis meses posteriores a la vigencia del seguro.

Este período de espera no aplica cuando se trata de accidentes. Durante este período de espera no se cubrirá los gastos de operaciones relacionadas con amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo, procedimientos ginecológicos (ovarios, matriz, etc.), procedimientos ano rectales (hemorroides, fistulas, prolapso, etc.), procedimientos prostáticos, procedimientos de rodilla, várices, insuficiencia renal, padecimientos de columna vertebral, insuficiencia venosa, infartos y operaciones de by-pass, cáncer de cualquier tipo, transplante de órganos.

Política de cobro: Después de haber transcurrido 30 días de atraso en el pago de la prima, se procederá a cancelar los servicios de Pago Directo, al cumplimiento de 60 días se procederá a cancelar la póliza.

***Firma en aceptación de que he leído y entiendo todos los beneficios aquí descritos, así como mis derechos y obligaciones como futuro asegurado.**

Fecha

Nombre del Agente

Firma del Agente

Firma Asegurado Titular



1a. Avenida 10-17 zona 10
 PBX: (502) 2390-1515 • Fax (502) 2390-1516
www.bynsa.net