



**19. EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIOS DE MI SEGURO DE VIDA**

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE%

**20. INDIQUE LOS SEGUROS DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS QUE TENGA EN VIGOR O EN TRÁMITE**

COMPAÑÍA	FECHA DE EMISIÓN	MONTO DEL SEGURO DE VIDA	BENEFICIOS MÁXIMO DE GASTOS MÉDICOS	PERSONAS CUBIERTAS (INDIQUE SI O NO)		
				PERSONAS POR ASEGURAR	CÓNYUGE	HIJOS

**PARTE 2**

**A SEGUROS G&T**

POR LA PRESENTE DECLARO Y ACEPTO: QUE LAS RESPUESTAS QUE CONSIGNO A CONTINUACIÓN SE CONSIDERAN COMO NECESARIAS PARA CONOCER EL RIESGO EN EL CONTRATO DE SEGURO A QUE SE REFIERE ESTA SOLICITUD Y QUE SERÁN LA BASE PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, QUE SON VERÍDICAS Y COMPLETAS.

TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO DEBERÁN SER CONTESTADAS PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE SE PRETENDEN ASEGURAR EN LA PÓLIZA SOLICITADA.

1. ¿A usted, o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, les han sido rechazadas, aplazadas, retiradas, modificadas, aumentadas las tarifas canceladas o rehusadas las solicitudes de seguro, de renovación, de rehabilitación, o de cambio de Póliza de Seguro de Vida, de Accidentes o Enfermedades? (Mencione nombres, compañías, fechas, clase de seguro y razón)	
2. ¿Ha reclamado usted, o cualquiera de los miembros de su familia, nombrados en esta solicitud, como beneficiario de Pólizas de Accidente o Enfermedades o por razón de invalidez de Pólizas de vida? (mencione nombres, compañías, fechas, cantidad recibida, causa, si sanó completamente).	
3. NOMBRE Y DIRECCIÓN COMPLETA DE LOS MÉDICOS QUE LO ATIENDEN REGULARMENTE A USTED Y A LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA.	



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

	PERSONA POR ASEGURAR	CÓNYUGE	HIJOS		PERSONA POR ASEGURAR	CÓNYUGE	HIJOS
A. Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta.				L. ¿Trastorno del sistema inmune?			
B. Desmayos o mareos, convulsiones; dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos; defecto al hablar, parálisis, embolia.				M. ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?			
C. ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectorar sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresia, enfisema, tuberculosis?				N. ¿Ha tenido un exámen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?			
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?				Ñ. ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento?			
E. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera; apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula?				O. ¿Ha consultado un médico durante los últimos doce meses?			
F. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno de riñón, vejiga, próstata, páncreas, hernia, trastorno urinario del recto y órganos reproductivos?				P. ¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos X o cualquier otro exámen para diagnóstico?			
G. ¿Diabetes, tiroides y otro trastorno endocrinológico?				Q. ¿Le ha sido recomendado hacerse algún exámen para diagnóstico, hospitalización o cirugía, que no haya sido realizado?			
H. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?				R. ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas; drogas que producen alucinamientos (incluyendo la marihuana), narcótico o cualquier otra droga?			
I. ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastorno de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza; espina dorsal?				S. ¿Ha recibido o necesita asesoramiento consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?			
J. Trastornos de la piel; glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer.				<b>SOLO PARA MUJERES</b>			
K. Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre.				T. ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de senos?			
				U. ¿Operación cesárea?			
				V. ¿Se encuentra actualmente embarazada? (o su cónyuge) (si se encuentra, favor indique la fecha en que se espera el alumbramiento)			

5. Si algunas de las preguntas de este cuestionario son contestadas en sentido afirmativo, dé usted detalles en el siguiente cuadro.

NOMBRE DE LA PERSONA DE QUIEN SE DA LA INFORMACIÓN	ENFERMEDAD O LESIÓN	FECHA	DATOS (Número de ataques, diagnósticos, tratamiento, resultado y grado de recuperación)	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL O LOS MÉDICOS TRATANTES

Aprobado mediante Resolución No. 1-95, de la Superintendencia de Bancos, de fecha 10/01/95

Para todos los efectos que pueda tener esta solicitud, declara la persona que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma las ha dado personalmente, son verídicas y están completas. Asimismo dicho solicitante conviene en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en las partes I y II de esta solicitud se consideran como necesarias para el otorgamiento del contrato de seguro solicitado, por cuanto la veracidad de tales declaraciones y respuestas serán en su caso la base para la celebración del Contrato.

Hace constar el solicitante que acepta las condiciones generales y particulares de la póliza, las cuales serán parte integrante del contrato celebrado entre el contratante y Seguros G&T,S.A.

**IMPORTANTE**  
(CÓDIGO DE COMERCIO)

**Artículo 880** (Declaración) - 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** (Declaración de Representantes) - 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 el solicitante, como los que sean o deban ser conocidos por aquél por cuya cuenta se contrata.

**Artículo 908** (Terminación por declaración inexacta) - La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 880 y 881 de éste Código, dan derecho al asegurado para terminar el contrato de seguro. El asegurador, dentro del mes siguiente a aquél en que se conozca la omisión o inexacta declaración, notificará al asegurado que da por terminado el contrato; transcurrido este plazo sin que se haga la notificación, el asegurador perderá el derecho a 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.

Finalmente el solicitante autoriza a los médicos que lo hayan atendido o que lo atienden en lo sucesivo para que den a Seguros G&T, S.A. todos los informes referentes a su salud en caso de enfermedad o accidente para lo cual releva a dichos médicos en relación con su secreto profesional de toda responsabilidad en que pudieran incurrir al proporcionar tales informes.

**NOTA:** Antes de firmar asegurarse de leer toda la solicitud, pues esta forma parte legal a su expediente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Fecha en que firma \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo al emisor de la tarjeta identificada a continuación, a cargar o a pagar las cuotas mensuales del Seguro, sin limitación u objeción.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tarjetahabiente

No. de DPI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Tarjetahabiente

Fecha de inicio de vigencia  
de la Tarjeta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tarjeta No.

Fecha de vencimiento  
de la Tarjeta \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO SEGUROS G&T**

APROBADO POR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

AGENTE \_\_\_\_\_

AGENCIA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Aprobado mediante Resolución No. 1-95, de la Superintendencia de Bancos, de fecha 10/01/95