

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS



Póliza Nueva Adición de dependientes Cambio de Plan

1. Propuestos Asegurados:

NOMBRE COMPLETO TITULAR (Solicitante):
Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: NIT:
Sexo M F Estado Civil: S C Estatura: m Peso: lbs.
Tipo de Identificación Personal: DPI Pasaporte Número:
Profesión u Oficio: *Es persona políticamente expuesta (PEP): Si No

NOMBRE COMPLETO DEL CÓNYUGE:
Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: NIT:
Sexo M F Estado Civil: S C Estatura: m Peso: lbs.
Tipo de Identificación Personal: DPI Pasaporte Número:
Profesión u Oficio: *Es persona políticamente expuesta (PEP): Si No

NOMBRE COMPLETO HIJO (A):
Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: NIT:
Sexo M F Estado Civil: S C Estatura: m Peso: lbs.
Tipo de Identificación Personal: DPI Pasaporte Número:
¿Es estudiante a tiempo completo?: Si No Establecimiento:

NOMBRE COMPLETO HIJO (A):
Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: NIT:
Sexo M F Estado Civil: S C Estatura: m Peso: lbs.
Tipo de Identificación Personal: DPI Pasaporte Número:
¿Es estudiante a tiempo completo?: Si No Establecimiento:

NOMBRE COMPLETO HIJO (A):
Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: NIT:
Sexo M F Estado Civil: S C Estatura: m Peso: lbs.
Tipo de Identificación Personal: DPI Pasaporte Número:
¿Es estudiante a tiempo completo?: Si No Establecimiento:

NOMBRE COMPLETO HIJO (A):
Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: NIT:
Sexo M F Estado Civil: S C Estatura: m Peso: lbs.
Tipo de Identificación Personal: DPI Pasaporte Número:
¿Es estudiante a tiempo completo?: Si No Establecimiento:

Nota: En caso de haber más hijos(as), adjuntar la misma información de cada uno.
* Si alguno de los solicitantes es persona PEP, deberá completar el formulario correspondiente.

2. Información Adicional del Titular:

2.1 Dirección de Residencia:
Teléfono fijo: Celular: Correo Electrónico Personal:
2.2 Lugar y Dirección de Trabajo:
Teléfono fijo: Celular: Correo Electrónico de Trabajo/Empresa:
2.3 Enviar toda la correspondencia a:
Residencia Lugar de Trabajo Digital Al Contratante

P-GGM-01-R-22-V3

Seguros Universales, S.A. 4ª Calle 7-73, Zona 9 apdo. 01009 Guatemala, C.A.
Tel.: 2384 7400 | universales.com | info@universales.com

1789

3. Seguros de Vida y/o Gastos Médicos del Solicitante, Cónyuge e Hijo(s), bajo el cual esté en trámite, haya estado vigente o esté cubierto actualmente:Aseguradora: Vida Gastos Médicos Ultimo año de vigencia: Personas cubiertas: Solicitante Cónyuge Hijos ¿Les han rechazado, excluido diagnósticos, modificado condiciones y/o incrementado tarifas en alguna solicitud de seguro médico, de accidentes o de vida? Si No Al Solicitante Cónyuge Hijos Si su respuesta es afirmativa, especifique: **Nota:** En caso de tener más pólizas vigentes y en otras instituciones, adjuntar en hoja adicional, la misma información de esta sección.**4. Nombre(s), Dirección(es) y Teléfono(s) de sus Médicos Tratantes:**Del Solicitante: Del Cónyuge: Hijo (s): **5. Declaraciones de Salud del Solicitante, Cónyuge e Hijo(s):**

En caso de ser aceptada mi solicitud que es la única base para la aceptación del seguro a mi favor, declaro que las respuestas suministradas a continuación, son exactas y verídicas y que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en esta solicitud, dará lugar a que **SEGUROS UNIVERSALES, S. A.**, dé por cancelado el contrato del seguro, o la negociación del pago de algún reclamo, tal y como lo contemplan los artículos 880, 908, 915 del Código de Comercio.

5.1 Usted o alguno de sus dependientes ¿padece, ha padecido, está bajo tratamiento de, se le ha diagnosticado de, o se le ha informado sobre la sospecha de padecer o haber padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

Si su respuesta es afirmativa, marque con una (x) la persona a quién aplica, detalle el diagnóstico de cada una de las siguientes preguntas y amplíe información en el inciso 7 de este formulario:

a. Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, migrañas o jaquecas, enfermedades vasculares cerebrales o desórdenes neurológicos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia, apoplejía, vértigo, epilepsia, trombosis, lesiones en la cabeza.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

b. ¿Alguna vez ha estado bajo observación o tratamiento psiquiátrico o psicológico?

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

c. Enfermedad Respiratoria o Pulmonar (trastornos respiratorios crónicos, falta de aire, ronquera o catarro persistente, tos crónica, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, esputo con sangre, sangrado de nariz, tuberculosis, apnea del sueño) u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

d. ¿Alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos nariz o garganta?

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

e. *Enfermedades que afectan al corazón o al aparato circulatorio (ataques cardíacos, dolores de pecho, palpitaciones, arritmia cardíaca, presión arterial alta o baja, vasos arteriales o venas varicosas, soplo en el corazón) u otras enfermedades o desórdenes del corazón o del aparato circulatorio.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

f. *Padecimientos de la columna vertebral (hernias de cualquier tipo, artritis, gota, u otros padecimientos de los músculos o huesos, neuritis, ciática, reumatismo, artritis, fiebre reumática, lesiones óseas, de espalda, de las articulaciones o de discos intervertebrales, espina dorsal) u otras enfermedades o desórdenes del sistema musculoesquelético.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

g. Enfermedad del sistema digestivo, del estómago, esófago, intestinos, colon, páncreas y/o hígado (Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, cirrosis, colitis, diverticulitis, hernia, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, hemorroides, adherencias, indigestión recurrente, estreñimiento) o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto o ano.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

h. *Enfermedad del Sistema urinario y/o Renal (Albúmina o sangre en orina, pus en la orina, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, nefritis, problemas en la vejiga, próstata, trastorno urinario, en uréteres o la uretra).

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

i. *Enfermedades del sistema endocrinológico o metabólico, de la tiroides, trastornos de la glándula tiroides (Híper o Hipotiroidismo, diabetes, colesterol, triglicéridos o ácido úrico elevados, síndrome metabólico).

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

j. Enfermedades o desórdenes de la piel, manchas y acné, del sistema linfático, los ganglios, quistes, tumores, cáncer.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

k. Trastornos de la Sangre (Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo, del bazo, sistema linfático y médula ósea, Lupus, hepatitis B o C, y otras enfermedades auto inmunes y de la colágena).

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

l. *Alguna enfermedad venérea, de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

m. Ha dado positivo por exposición al VIH (Virus del SIDA), o ha sido diagnosticado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ARC, o del Síndrome Complejo Relacionado con el SIDA (SCRS), u otras enfermedades o patologías derivadas de dicha infección.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

n. Padecimientos, enfermedad o malformación congénita o hereditaria, remoción de algún órgano, deformación, discapacidad, amputación o menoscabo físico de algún miembro, cojera, cirugía plástica.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Diagnóstico

5.2 Información complementaria:

a. ¿Ha aumentado o disminuido su peso en más de 15 libras en los últimos 2 años? (Si es afirmativa su respuesta, indique la cantidad de libras y la causa).

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Lbs. / Causa

b. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, dispensario, sanatorio u otra institución por razones de diagnóstico o tratamiento?

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Fecha / Causa

c. ¿Le han efectuado algún electrocardiograma, radiografía o cualquier otro examen para diagnóstico?

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Fecha / Lab.

d. ¿Ha consultado a algún médico o le han recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que haya descartado o que a la fecha tenga pendiente de realizar?

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Especifique

e. ¿Le han hecho radioterapia y/o quimioterapia?

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Fecha

f. *¿Practica algún deporte o actividad peligrosa como aviación, buceo, carreras automovilísticas, motocross, moto enduro, moto velocidad, parapente, rapel, alpinismo, paracaidismo, u otro de naturaleza extrema o peligrosa? Indique cuál(es):

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Deporte

g. ¿Fuma cigarrillos u otro producto adictivo derivado del tabaco? En caso afirmativo, ¿qué cantidad al día? Si fumaba pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que lo dejó?

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Cantidad / Tiempo

h. ¿Ingiera bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique la cantidad y la frecuencia.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Cantidad / Frec.

i. ¿Viaja en forma frecuente en aeronaves privadas o en motocicleta? Indique la frecuencia.

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Especifique

j. ¿Usted o alguno de sus dependientes tiene historia familiar (padres, hermanos) de diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedad cardíaca, mental o renal, congénito o hereditario? (Indique el familiar y padecimiento al que se refiere).

Si No Parentesco Diagnóstico

k. ¿Ha sido receptor o donador de órganos? o ¿Piensa donar órganos? ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?

Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Cantidad / Tiempo

* Completar formulario adicional proporcionado por la Compañía (si aplica).

5.3 Preguntas exclusivas para solicitante femenina nombrada en esta solicitud:

- a. Fecha de su última menstruación: Día / Mes / Año:
- b. ¿Padece, ha padecido, o ha tenido síntomas relacionados a enfermedad de los órganos reproductivos? (ovarios poliquísticos, matriz, de las glándulas mamarias, menstruación, endometriosis, problemas de los senos, quistes, metrorragias).
Fecha de padecimiento: Día / Mes / Año Diagnóstico:
- c. ¿Estás embarazada? (En caso afirmativo indicar fecha en que se espera el nacimiento)
- d. ¿Le han practicado legrados o cesáreas? Si No Especifique:
- e. ¿Ha tenido partos naturales previos o prematuros? Si No Especifique:
- f. ¿Se ha sometido o piensa someterse a un tratamiento de infertilidad? Si No
Día / Mes / Año Especifique:

6. Cuestionario COVID-19 del Solicitante, Cónyuge e Hijo(s):

En el pasado usted ha:

- a. ¿Resultado positivo para COVID-19?
Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Día / Mes / Año
- b. ¿Estado hospitalizado con síntomas por consejo médico?
Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Día / Mes / Año
- c. ¿Tuvo tos persistente, fiebre, temperatura elevada, diarrea persistente, falta de percepción de olores o sabores, o estuvo en contacto con un individuo sospechoso o confirmado de tener COVID-19?
Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Día / Mes / Año
- d. En el último mes ¿Se le aconsejó que se auto-aislara debido a COVID-19 (excluyendo las órdenes gubernamentales obligatorias de permanecer en casa)?
Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Día / Mes / Año
- e. ¿Viajado fuera del país en el último mes?
Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Día / Mes / Año
- f. ¿Ya fue vacunado contra el COVID-19?
Si No Solicitante Cónyuge Hijo(a) Marca de la Vacuna:
Fecha de la primera dosis: Fecha de la segunda dosis:

7. Si cualquiera de las respuestas a las preguntas antes formuladas es "sí", amplíe detalladamente su respuesta:

Para cada una de las respuestas positivas en los incisos 5 y 6, indicar: Letra de la pregunta, nombre de la persona, diagnóstico, condición y complicaciones, si fue operado, fecha que inició el diagnóstico, estado actual, nombre del médico y nombre del hospital.

Nota: Si necesita más espacio, adjuntar hoja adicional.

8. Beneficiarios para Seguro de Vida (si aplica):

No.	Nombre Completo / Primeros Beneficiarios	Parentesco	Porcentaje
No.	Nombre Completo / Segundos Beneficiarios	Parentesco	Porcentaje

*En cada uno de los grupos de beneficiarios (primeros o segundos) la suma de porcentaje no debe exceder el 100%.

El seguro de Vida se pagará a los beneficiarios designados en esta sección, de no existir designación de beneficiarios el seguro de Vida se pagará a los herederos legales. En caso de designar a menores de edad, nombrar tutor legal.

9. Datos del Contratante/Pagador:

El Asegurado Titular actúa en nombre propio: Si No

Si la respuesta anterior es negativa, completar la siguiente información del Contratante (a quién se le facturará el seguro)

a. Persona Individual (Nombre Completo)
 Nacionalidad: Profesión u Oficio NIT:
 Tipo de Identificación Personal: DPI Pasaporte Número:
 Teléfono Celular: Correo Electrónico:
 ¿Es persona políticamente expuesta? Si No ¿Actúa en nombre propio? Si No
 Dirección Completa:

b. *Persona Jurídica (Nombre de la Empresa)

Razón Social: NIT:
 Dirección Completa:
 País de Origen: Fecha de Constitución (día/mes/año):
 Teléfono: Actividad económica:
 Datos del Representante Legal (Nombre Completo):
 Nacionalidad: Profesión u Oficio NIT:
 Tipo de Identificación Personal: DPI Pasaporte Número:
 Teléfono Celular: Correo Electrónico:
 ¿Es persona políticamente expuesta? Si No ¿Actúa en nombre propio? Si No
 Dirección Completa:

*Adjuntar representación legal, recibo público (agua, luz o teléfono), patente de comercio y patente de sociedad.

10. Confirmación de coberturas, según aplique:

Por este medio, hago constar que el (la) Señor(a) «NOMBRE DEL ASESOR»

Quien labora para «CÓDIGO Y NOMBRE DE CORREDOR/AGENTE»

Me asesoró y explicó todas las coberturas y beneficios descritos en la cotización, incluyendo los conceptos que a continuación se describen:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| a. Período de pre-existencia | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | f. ¿Qué es una emergencia? | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| b. Período de espera | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | g. Cobertura de maternidad | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| c. ¿Qué es el máximo vitalicio? | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | h. ¿Qué es un deducible y cuándo se debe cubrir? | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| d. Los procedimientos para reembolso convencional y pago directo (según aplique) | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | i. Beneficios adicionales de la póliza (negociaciones especiales con proveedores y otros) | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| e. ¿Qué diferencia existe entre un copago y coaseguro y cuándo aplican? | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | j. Condiciones Generales | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |

Queda entendido que he recibido una asesoría adecuada en cuanto a la información correspondiente de la póliza de gastos médicos que se está contratando.

1789

11. Forma de Pago:

Anual Semestral Trimestral Mensual *Visa Cuotas No. Visacuotas
 Tipo de Tarjeta: Visa MarterCard American Express Otro tipo de pago:
 No. Tarjeta de crédito/débito Fecha de vencimiento
 Nombre de la Tarjeta Día de cobro (del 1 al 10 del mes):
 Prima a debitar No. de Cotización Aceptada

*Consultar % de recargo por pago en Visa cuotas.

Autorizo a **Seguros Universales, S.A.** efectúe el cobro automático de las primas iniciales, subsecuentes y renovaciones a la tarjeta detallada en esta sección y me comprometo a notificar cualquier cambio que sufra la misma, ya sea por robo, extravío o renovación.

Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud (6 páginas), que son la base sobre la cual se solicita el Seguro Médico Individual, son completos y verídicos. Una vez aprobada la póliza de seguro, esta declaración pasará a formar parte integrante del respectivo contrato de seguro.

Por la presente autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, compañía de seguros o cualquier institución o dependencia pública o privada, para que proporcione a **Seguros Universales, S.A.**, y a ésta última para solicitarle a aquellos, cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo o mis dependientes hayamos recibido. Desde ya acepto, que la negativa total o parcial de cualquiera de las fuentes citadas, a suministrar la información que fuere requerida por **Seguros Universales, S.A.**, será causa de rechazo de la presente solicitud.

En caso de ser aceptada mi solicitud que es la única base para la aceptación del seguro a mi favor, declaro que las respuestas suministradas anteriormente, son exactas y verídicas y que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en esta solicitud, dará lugar a que **SEGUROS UNIVERSALES, S. A.**, dé por cancelado el contrato del seguro, o la negociación del pago del algún reclamo, tal y como lo contemplan los artículos 880, 908, 915 del Código de Comercio.

Queda entendido y convenido que **Seguros Universales, S.A.**, se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier solicitud de seguro. Esta solicitud será evaluada y no garantiza la cobertura de la misma.

Autorizo a **Seguros Universales, S.A.**, me envíe mi(s) póliza(s) y toda documentación correspondiente al seguro en formato digital al correo proporcionado en esta solicitud: Si No

Lugar y Fecha:

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Titular

(la firma debe ser igual a la que se consignó en el DPI o pasaporte, según aplique)

Código y Nombre del Corredor/Agente de Seguros:

Firma y sello del Corredor/Agente de Seguros

Adjuntar a este expediente copia completa legible del documento de identificación de cada persona mayor de edad nombrada en esta solicitud.

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 869-2021.