

## Datos del Solicitante

PARTE 1

1. 1er. APELLIDO O APELLIDO DE SOLTERA		2do. APELLIDO O APELLIDO DE CASADA		NOMBRE (S)		
2. DIRECCIÓN PARTICULAR				TELÉFONOS		
3. NOMBRE Y DIRECCIÓN DONDE TRABAJA				TELÉFONOS/FAX E-MAIL		
4. No. DE DPI		5. ENVIAR CORRESPONDENCIA A RESIDENCIA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/>		6. EDAD	7. FECHA DE NACIMIENTO	
8. LUGAR DE NACIMIENTO		9. NIT	10. PESO Lbs.	11. ESTATURA Mts.	12. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>13. ESTADO CIVIL</b> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>		14. OCUPACIÓN ACTUAL				
		15. SI TIENE OTRAS OCUPACIONES, SÍRVASE DETALLARLAS				
		16. FACTURAR A NOMBRE DE DIRECCIÓN		NIT		TELÉFONO

## BENEFICIO SOLICITADO

<b>17. TIPO DE PLAN</b> PLAN PREMIUM <input type="checkbox"/> PLAN I <input type="checkbox"/> PLAN II <input type="checkbox"/> PLAN III <input type="checkbox"/> PLAN IV <input type="checkbox"/> PLAN V <input type="checkbox"/>			<b>18. COBERTURA</b> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>	
			<b>PLAN DENTAL</b> sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>COBERTURA</b> MUNDIAL <input type="checkbox"/> CENTRO AMERICANO <input type="checkbox"/>			<b>SEGURO DE VIDA</b> Q50,000.00 <input type="checkbox"/> Q100,000.00 <input type="checkbox"/> Q150,000.00 <input type="checkbox"/> Q200,000.00 <input type="checkbox"/> Q250,000.00 <input type="checkbox"/>	
COBERTURA MADRE SOLTERA 25% RECARGO S/TARIFA TITULAR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

19. DEPENDIENTES QUE PRETENDEN ASEGURAR (ANOTE LOS DATOS POR EDAD DE MAYOR A MENOR)					FECHA DE NACIMIENTO		
NOMBRES COMPLETOS	SEXO	PARENTESCO	PESO	ESTATURA	DÍA	MES	AÑO

**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.	



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