

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 ☐

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), Direccion(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 musculo esquelético.

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

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

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 ☐ No ☐

b. Período de espera

Si ☐ No ☐

c. ¿Qué es el máximo vitalicio?

Si ☐ No ☐

d. Los procedimientos para reembolso convencional y pago directo (según aplique)

Si ☐ No ☐

e. ¿Qué diferencia existe entre un copago y coaseguro y cuándo aplican?

Si ☐ No ☐

f. ¿Qué es una emergencia?

Si ☐ No ☐

g. Cobertura de maternidad

Si ☐ No ☐

h. ¿Qué es un deducible y cuándo se debe cubrir?

Si ☐ No ☐

i Beneficios adicionales de la póliza (negociaciones especiales con proveedores y otros)

Si ☐ No ☐

j. Condiciones Generales

Si ☐ No ☐

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

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 AseguradoTitular
(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.