

SOLICITUD DE SEGURO

PLANES DE VIDA INDIVIDUAL



DATOS SOLICITANTE DEL SEGURO DE VIDA

(Primer Apellido)
 (Segundo Apellido)
 (Apellido de Casada)
 (Nombres)
 País de Nacimiento:

País de Residencia:
 Nacionalidad:
 Fecha de nacimiento: / / (DD) (MM) (AAAA)

Estado Civil: Soltero Casado
 Sexo: F M
 NIT:

Documento de Identificación: DPI Pasaporte

Dirección: Domicilio Cobro
(Calle / Avenida) (No.) (Zona) (Municipio / Departamento)

Dirección: Domicilio Cobro
(Calle / Avenida) (No.) (Zona) (Municipio / Departamento)

No. de Teléfono:
 No. de Celular:
 Correo Electrónico:

Ocupación Actual:
 Descripción de funciones y actividades:

Otras ocupaciones:

FUENTE DE INGRESOS	MONTO DE INGRESO ANUAL	NOMBRE DE LA EMPRESA Y NATURALEZA DEL NEGOCIO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Salario	Q			
Negocio	Q			
Otros	Q			
Total	Q			

Según corresponda responder las siguientes preguntas.

Es o ha sido en los últimos dos años PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE -PEP- Sí No

Tiene parentesco o está relacionado con una PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE -PEP- Sí No

Es o ha sido en el último año, Contratista o Proveedor del Estado -CPE- Sí No

Es residente o Ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica Sí No

En caso afirmativo indique si es: Residente Ciudadano

Número de Green Card o Social Security

En los últimos 4 años ha tenido adjudicaciones iguales o mayores a los Q900 mil Sí No

Si ha respondido afirmativamente a alguno de los enunciados anteriores, deberá de completar los formularios correspondientes.

DATOS DEL PLAN DE SEGURO A CONTRATAR

Nombre del plan:
 Moneda: Q \$
 Prima inicial:

Plazo (si aplica): Años

Frecuencia de pago de prima: Anual Semestral Trimestral Otro:

COBERTURAS Y BENEFICIOS	SUMA ASEGURADA	COBERTURAS Y BENEFICIOS	SUMA ASEGURADA
<input type="checkbox"/> Muerte por cualquier causa		<input type="checkbox"/> Exoneración del pago de prima	
<input type="checkbox"/> Muerte accidental y desmembración		<input type="checkbox"/> Otros:	
<input type="checkbox"/> Capital por invalidez total y permanente		<input type="checkbox"/> Otros:	



MEDIO DE PAGO DE LA PRIMA

Débito a cuenta G&T: Ahorro Monetaria No. de Cuenta: _____

Cheque: Pago a Orden de: **Seguros G&T, S.A.**

Tarjeta: Crédito Débito No. de Tarjeta: _____

Banco emisor: _____ Fecha de Expiración: _____ / _____ / _____
(MM) (AAAA)

CUOTAS CON TARJETA DE CRÉDITO

Llenar el formulario correspondiente

DATOS DEL RESPONSABLE DE PAGO

(Si es diferente al candidato propuesto)

Razón Social (en caso sea persona jurídica): _____ Fecha de constitución: _____ / _____ / _____
(DD) (MM) (AAAA)

Nombre del Solicitante: _____
(Primer Apellido) (Segundo Apellido) (Apellido de Casada) (Nombres)

Dirección: _____ Domicilio Cobro
(Calle / Avenida / Número) (Zona / Municipio / Departamento)

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ País de nacimiento: _____
(DD) (MM) (AAAA)

Sexo: F M Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Otro NIT: _____

Documento de Identificación: _____ DPI Pasaporte

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

BENEFICIARIOS

Los beneficios netos del Seguro deben pagarse en la forma siguiente:

BENEFICIARIOS PRIMARIOS (La suma de los porcentajes debe sumar 100%)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PAGO
		%
		%
		%

BENEFICIARIOS SECUNDARIOS (La suma de los porcentajes debe sumar 100%)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PAGO
		%
		%
		%

CUESTIONARIO DE SALUD

El cuestionario a completar dependerá de los criterios establecidos por la Compañía.

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO FÍSICO

Nombre de su médico actual o del que haya consultado recientemente: _____ Teléfono: _____
(Apellidos) (Nombres)

Peso: _____ Lbs Estatura: _____ Mts Ha variado su peso en el último año: Sí No

Llenar si su respuesta anterior fue positiva: Aumentó: _____ Lbs o Disminuyó: _____ Lbs

Causas y tratamiento llevado: _____



Indicar si ha sido tratado, padece o ha padecido las siguientes enfermedades o trastornos: contestar "Si" o "No" y las respuestas afirmativas deberá detallarlas ampliamente en el espacio disponible

1	Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas: diarrea frecuente, ganglios linfáticos inflamados, lesiones extrañas en la piel, o cualquier otro síntoma o malestar que le haga sospechar de enfermedad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17	¿Le han practicado estudios clínicos (análisis de laboratorio, electrocardiograma, rayos X, pruebas de esfuerzo o cualquier otro examen diagnóstico)? (sin incluir chequeos médicos de rutina o preventivos).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	Tiene algun enfermedad congénita, defecto físico o le falta algún miembro o parte de él.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18	Ha sido diagnosticado con VIH/SIDA, hepatitis B, C, o enfermedades de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	Asma, enfisema, tuberculosis u otras enfermedades respiratorias.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	19	Anemia, leucemia, hemofilia, o cualquier trastorno de la sangre, bazo o sistema vascular. ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados? (en caso afirmativo ampliar motivo y fecha).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	Enfermedades cardiovasculares, arritmia, infarto hipertensión arterial, arteriopatías o flebopatías, u otras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20	¿Le han hecho alguna vez radioterapia o quimioterapia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	Gastritis, úlceras, pólipos, hemorroides, u otras enfermedades gastrointestinales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	21	¿Fuma usted habitualmente tabaco (cigarro, puro, pipa u otro)? si es así, indique la cantidad diaria: <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Vape	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	Enfermedad del hígado, páncreas, vesícula.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22	¿Ha fumado en el pasado? Durante cuánto tiempo: _____ Hace cuanto tiempo lo dejó: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	Cualquier forma de tumor sea benigno o maligno, cualquier forma de cáncer.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	23	¿Ingiere bebidas alcohólicas? Clase: _____ Cantidad: _____ Desde cuando: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8	Epilepsia, parálisis, accidentes vasculares cerebrales, esclerosis u otras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	24	¿Ha consultado a algún médico durante los últimos tres años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	Artritis, enfermedades de la columna, o cualquier otro padecimiento del sistema músculo esquelético.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DATOS ADICIONALES SI EL CANDIDATO PROPUESTO ES MUJER		
10	Enfermedades de los ojos, oídos, nariz y garganta. (no incluya corrección de la visión por medio de lentes).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	25	¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo, trastornos de utero, ovarios, hemorragias, masas en senos, complicaciones en parto(s), abortos o cualquier otro trastorno?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11	Enfermedades del aparato urinario (riñones, vejiga, uretra o uréteres).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	26	¿Está embarazada? Indique en qué semana de gestación esta actualmente:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12	Enfermedades de la tiroides, obesidad, colesterol y triglicéridos elevados, trastornos hormonales, diabetes, gota y otras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	27	¿Se ha realizado estudios diagnóstico de Mamografía, Papanicolau o algún chequeo ginecológico en el último año? (Especifique en ampliación de información el nombre del estudio, fechas, resultado).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13	Tratamientos psicológico o psiquiátrico, depresión, tentativas de suicidio, drogadicción o alcoholismo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DATOS ADICIONALES SI EL ASEGURADO PROPUESTO ES HOMBRE MAYOR DE 50 AÑOS		
14	Ha sido tratado, padece o ha padecido de cualquier otra enfermedad o tratamiento distinto a los mencionados.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	28	¿Se ha realizado alguna enfermedad propia de su sexo, prostatitis, hiperplasia prostática benigna, cáncer de próstata u otros? (En caso afirmativo especifique en ampliación de información fecha y resultado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15	¿Usa o ingiere actualmente algún medicamento prescrito por médico o automedicado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	29	¿Se ha realizado algún estudio, laboratorio o evaluación médica de próstata en los últimos años? (En caso afirmativo amplíe fecha y resultado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16	¿Ha interrumpido su actividad u ocupación habitual por enfermedad o accidentes, por más de tres semanas seguidas, durante los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Preguntas Covid-19

30	Ha recibido la vacuna del coronavirus (Covid-19) Dosis 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	31	Ha estado hospitalizado por coronavirus (Covid-19)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	--	---	----	---	---

Ampliación de información:

No. de pregunta	NOMBRE DE LA ENFERMEDAD, SÍNTOMA, EXAMEN O MEDICAMENTO	MÉDICO TRATANTE	FECHA	ESTADO ACTUAL / RESULTADO / TRATAMIENTO COMPLICACIONES O CONSECUENCIAS

Indicar procedimientos u hospitalizaciones que haya tenido o que tenga programado realizarse.

	MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN O PROCEDIMIENTO	MÉDICO TRATANTE	FECHA	ESTADO ACTUAL Y/O COMPLICACIONES
1				
2				
3				
4				

MOTIVO DE CONTRATACIÓN Y OTROS SEGUROS

Motivo de la actual propuesta de seguro:

Protección familiar

Protección financiera

Garantía de crédito

Ampliación del motivo:

Otro:

SEGUROS VIGENTES (COBERTURA PERSONAL)

En caso de muerte, invalidez, accidentes y gastos médicos.

COMPAÑÍA	COBERTURA	SUMA ASEGURADA	AÑO DE EMISIÓN

Está tramitando otros seguros de cobertura personal Sí No en caso de respuesta afirmativa ampliar:

COMPAÑÍA	COBERTURA	SUMA ASEGURADA	ESTATUS

ANTECEDENTES FAMILIARES

En caso de haber fallecido

PARENTESCO	EDAD DE FALLECIMIENTO	CAUSA DE FALLECIMIENTO
Padre		
Madre		
Hermanos		
Hermanas		

¿Se han diagnosticado o presentado en su familia (hijos, abuelos o nietos): tumores malignos, enfermedades cardíacas, tuberculosis, diabetes, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, enfermedad neuromotriz, alcoholismo, suicidio, epilepsia u otras enfermedades nerviosas, mentales o enfermedades hereditarias? Amplíe: _____

ANTECEDENTES DE ASEGURABILIDAD

DEPORTES O AFICIONES	SI / NO	FRECUENCIA	DEPORTES O AFICIONES	SI / NO	FRECUENCIA
Alpinismo / Montañismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Esquí acuático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Automovilismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Esquí de nieve	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Buceo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cacería	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Motociclismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Piloto de aviones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Equitación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Paracaidismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Desea cubrir el(los) riesgos(s) de estos deportes/aficiones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Vuelos Privados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

OTROS ANTECEDENTES	SI / NO	AMPLIE
¿Planea usted vivir fuera del país en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido arrestado o multado por conducir un vehículo bajo la influencia de alcohol y/o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En el pasado se le han rechazado, aplazado o se le han aceptado con recargos (por condiciones de salud u ocupación) solicitudes para un seguro de vida, de enfermedades graves, accidentes, asistencia a largo plazo o gastos médicos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Actualmente se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Viaja como pasajero en aviones militares o privados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



AUTORIZACIÓN

Queda entendido y convenido que Seguros G&T, S. A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

No obstante esta solicitud de seguro, es sin examen médico, estoy de acuerdo en que se practique dicho examen y en ampliar las declaraciones, en caso de que lo requiera La Compañía.

Yo, el abajo firmante declaro, que en la actualidad gozo de perfecta salud y autorizo a los médicos, clínicas, hospitales y/o sanatorios que me hayan asistido o examinado para que proporcionen a la Compañía, los informes que requiera referente a mi salud y/o enfermedades anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento de La Compañía lo considere oportuno, inclusive después del fallecimiento, para tal efecto eximo a las personas que revelen información de la obligación de guardar el secreto profesional del caso, así mismo autorizo a las Aseguradoras a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud.

1. Autorizo voluntariamente que la información recopilada y/o proporcionada por entidades públicas o privadas y la generada de relaciones contractuales, crediticias o comerciales, sea reportada a centrales de riesgo o burós de crédito para ser tratada, almacenada o transferida; y autorizo expresamente a las entidades que prestan servicios de información, centrales de riesgo y burós de crédito, a recopilar, difundir o comercializar reportes o estudios que contengan información sobre mi persona.

2. Al firmar el presente documento:

- I. Certifico que lo anteriormente declarado es cierto y que conozco las consecuencias legales de no ser cierto lo afirmado en este documento.**
- II. Me obligo a completar y firmar todos los formularios FATCA que me correspondan y/o sean aplicables, en caso si sea una persona afecta a FATCA.**
- III. Libero a la institución financiera que me ha presentado el presente documento, de toda responsabilidad que se pueda derivar de la información aquí consignada y me obligo a mantenerla libre e indemne para tal efecto.**
- IV. Me ha sido explicado integralmente el contenido y alcances de lo declarado en el presente documento, así como las razones por las cuales se requiere el mismo.**
- V. Me comprometo a informar de inmediato a esta institución financiera cuando se produzca cualquier cambio en la información consignada en este documento.**
- VI. Autorizo a Grupo Financiero G&T Continental y cualquiera de las entidades que lo componen para que reporten todo tipo de información y cumplan con las demás obligaciones legales y/o contractuales, derivadas de la implementación de legislación FATCA o de cualquier otra normativa aplicable.**
- VII. Otorgo mi consentimiento a Seguros G&T, S.A. que, de ser elegido como asegurado, mi póliza de seguro sea entregada de forma digital a través del correo electrónico registrado en el apartado de datos.**

Guatemala, ____ de _____ del _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

Por variación de firma declaró lo siguiente:

- 1. Que la firma que calza en mi Documento Personal de Identificación, ha variado en el transcurso del tiempo.
- 2. Que a la fecha, utilizo una firma distinta, la cual se hará constar en la presente solicitud, junto con las posibles variables, las cuales no son significativas o tienen mayor variación entre sí.

FIRMA DEL SOLICITANTE

INFORME COMPLEMENTARIO DEL AGENTE

¿Cuánto tiempo hace que usted conoce al solicitante?

Si el solicitante es referido, indicar la referencia

¿Le consta a usted que su cliente firmó esta solicitud?

Sí No

¿Recomienda usted a su cliente: tanto por su aspecto saludable como por su moralidad y reputación?

Sí No

¿Solicita su cliente este seguro para abandonar alguna otra póliza por esta Compañía?

Sí No

Código de Agente: _____

Nombre: _____

FIRMA DEL AGENTE

*Este documento puede ser aceptado y firmado electrónicamente en base a la Ley para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución 1851-2023 del 27 de Noviembre 2023, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.