

Solicitud de Seguro Médico

Importante: Por favor, verificar que toda la información requerida en esta solicitud haya sido debidamente completada. Seguros Agromercantil, S.A. se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional. Una solicitud incorrecta o incompleta será devuelta al solicitante, lo que retrasará su proceso de inscripción.

Nueva solicitud Añadir Dependientes Coberturas Adicionales Rehabilitación Otro

Si cambió el plan, por favor indique nombre del plan anterior

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) _____ NOMBRE(S) _____

Masculino Femenino Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado (a)
SEXO ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ PAÍS _____ TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ FAX _____

PAÍS Y FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ ESTATURA _____ PESO PIES KG LB

TIPO DE DOCUMENTO _____ NÚMERO DE DOCUMENTO _____ PAÍS DE EMISIÓN _____ OCUPACIÓN / ACTIVIDAD ECONÓMICA _____

NACIONALIDAD _____ NIT _____

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA _____ CARGO O PUESTO _____

EL SOLICITANTE ACTÚA EN NOMBRE PROPIO: SI NO

¿Es Ud. Persona Expuesta Políticamente, (PEP), Tiene algún familiar PEP o tiene alguna relación comercial con un PEP? SI NO

ELIJA SU PLAN

SELECCIONE DEDUCIBLE

Incluye Maternidad *

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medical Elite | Dentro de E.E.U.U. * <input type="checkbox"/> \$ 500 * <input type="checkbox"/> \$1,000 * <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 | Fuera de E.E.U.U. <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$3,000 <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 |
| <input type="checkbox"/> Premier Plus | Fuera de E.E.U.U. * <input type="checkbox"/> \$1,000 * <input type="checkbox"/> \$2,000 * <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 | Dentro de E.E.U.U. <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 |
| <input type="checkbox"/> Global Care | Dentro de E.E.U.U. * <input type="checkbox"/> \$1,000 * <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 | Fuera de E.E.U.U. <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 |

COBERTURAS ADICIONALES DISPONIBLES GLOBAL CARE (ANEXO)

Trasplante de Órganos Otro _____

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES Y PRIMAS

1. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ ESTATURA _____ M PIES _____ KG LB _____ M F _____ SEXO

2. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ ESTATURA _____ M PIES _____ KG LB _____ M F _____ SEXO

3. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ ESTATURA _____ M PIES _____ KG LB _____ M F _____ SEXO

4. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ ESTATURA _____ M PIES _____ KG LB _____ M F _____ SEXO

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR

a) ¿Usted o alguno de sus dependientes cuentan con otra cobertura médica internacional? S N
Si respondió 'Sí', por favor adjunte una copia del certificado de cobertura del plan y el comprobante del último pago.

b) ¿Piensa continuar con esa cobertura? S N

c) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro médico o de vida rechazada, aceptada sujeta a restricciones, o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes? S N
Si respondió 'Sí', por favor adjunte detalles.

d) ¿Ha tenido o tiene usted o alguno de sus dependientes seguro médico con otras aseguradoras o cualquiera de sus afiliados? S N

Si respondió 'Sí', indique la fecha (MM/DD/AAAA) _____

Si esta solicitud es por un cambio de plan/ deducible, por favor indique su número de póliza _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes cardíacos, cáncer o enfermedad congénita o hereditaria? Si respondió 'Sí', por favor explicar. S N

SOLICITANTE _____ RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____ DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA _____

SOLICITANTE _____ RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____ DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA _____

SOLICITANTE _____ RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____ DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA _____

HÁBITOS

¿Usted o alguno de sus dependientes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si respondió 'Sí', por favor explicar.

S N

SOLICITANTE _____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO _____ Previo Actual _____ PERIODO (DESDE - HASTA) _____
CONSUMO

SOLICITANTE _____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO _____ Previo Actual _____ PERIODO (DESDE - HASTA) _____
CONSUMO

SOLICITANTE _____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO _____ Previo Actual _____ PERIODO (DESDE - HASTA) _____
CONSUMO

MÉDICOS PERSONALES Y EXÁMENES DE RUTINA

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene un médico primario o ha consultado a un especialista? Si respondió 'Sí', por favor proporcionar la siguiente información.

S N

SOLICITANTE _____ NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO _____

SOLICITANTE _____ NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO _____

SOLICITANTE _____ NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO _____

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico o rutinario en los últimos 2 años? Si respondió 'Sí', por favor proporcionar la siguiente información.

S N

SOLICITANTE _____ DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS) _____

SOLICITANTE _____ DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS) _____

SOLICITANTE _____ DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS) _____

CUESTIONARIO MÉDICO

Sección A: Según su mejor entendimiento y conocimiento, ¿hay alguna persona nombrada en esta solicitud que durante los últimos 10 años (con la excepción de las preguntas (a) y (b) las cuales deben declararse de por vida) haya padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades y/o condiciones?:

a. Tumores: Tumores malignos o benignos, Cáncer. Si respondió "Sí", por favor indique el tipo _____ S N

b. Cirugías: ¿Alguna condición médica que haya requerido procedimiento quirúrgico? Si respondió "Sí", por favor indique diagnóstico _____ S N

c. Desórdenes Infecciosos: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Sinusitis, Hepatitis, Bronquitis, Neumonía, Tuberculosis, SIDA, Enfermedades de transmisión sexual S N

d. Desórdenes del Sistema Neurológico: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Convulsiones, Cefalea, Parálisis cerebral, Demencias, Retraso mental o del desarrollo, Autismo, Neuritis o Accidente vascular encefálico S N

e. Desórdenes Mentales: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Psicosis, Esquizofrenia, Neurosis, Ansiedad, Adicción a drogas, alcohol o sustancias controladas, Desórdenes alimenticios, Depresión S N

f. Desórdenes del Sistema Auditivo, Olfatorio, Visión, Garganta: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Cataratas, Queratocóno, Glaucoma, Otosclerosis, Tinnitus S N

g. Desórdenes del Sistema Endocrino: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Diabetes, Síndrome metabólico, Alteraciones de Tiroides, Hipófisis, Páncreas, Suprarrenales S N

- h. Desórdenes del Sistema Cardiovascular: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Hipertensión arterial, Obstrucción de Arterias, Enfermedades de válvulas cardíacas, Trombosis, Embolismo, Insuficiencia cardíaca, Arritmias, Dislipidemias S N
- i. Desórdenes del Sistema Respiratorio: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Enfisema. S N
- j. Desórdenes Hematológicos: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Alteración de glóbulos rojos, leucocitos, Enfermedades autoinmunes, Desórdenes de la coagulación, Inmunodeficiencias, Alergias S N
- k. Desórdenes de la Piel: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Dermatitis, Psoriasis S N
- l. Desórdenes del Sistema Músculo Esquelético: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Artrosis / Artritis, Gota, Desórdenes de Columna Vertebral, Huesos, Articulaciones, Músculos, Fracturas, Accidentes, Reemplazo articular o material de fijación S N
- m. Desórdenes del Sistema Digestivo: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Ulceras, Inflamación, Enfermedad de Crohn, Colitis, Alteraciones del Hígado o Vesícula biliar, Sangramiento digestivo, Hernias S N
- n. Desórdenes del Sistema Urinario: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Insuficiencia renal, Cálculos, Quistes, Enfermedades de Vejiga, Uréteres o Uretra S N
- o. Género Femenino: Síntomas, signos o enfermedades relacionados con: Mamas, Útero, Ovarios, Trompas o Vagina S N
- p. Embarazos: ¿Está embarazada? en caso afirmativo especifique edad gestacional _____ Embarazos por algún método de fertilización _____
 Número de: Embarazos _____ Partos normales _____ Cesárea _____ Motivo de cesárea _____ Abortos _____ Motivo de abortos _____
 Complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, o un hijo(a) con algún defecto de nacimiento, Enfermedad congénita o Hereditaria _____ S N
- q. Género Masculino: Síntomas, signos o enfermedades relacionados con: Próstata u Órganos reproductores S N
- r. Trasplantes: Receptor, candidato, donante de órganos, tejidos o células madres. S N
- s. Congénitas/Hereditarias: Enfermedades congénitas, malformaciones o condiciones hereditarias S N
- t. Otras Condiciones: Síntomas, signos o enfermedades tales como: síndromes, tratamientos o consultas por condiciones no mencionados anteriormente. S N
- u. Medicamentos: Algún medicamento que esté tomando o haya tomado de forma regular S N

Sección B: ¿Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, alguna persona nombrada en esta solicitud durante los últimos cinco (5) años

- a) ¿Ha consultado a un médico u otro proveedor para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A? S N
- b) ¿Ha tenido alguna alteración en su salud o síntoma que no haya sido mencionado en la Sección A o en la pregunta (a) de esta Sección por lo cual haya o no consultado a un médico? S N

 NOMBRE DEL PACIENTE

 DIAGNÓSTICO

 NOMBRE DE LA MEDICINA Y LA DOSIS DIARIA

 COSTO MENSUAL

 FECHA DE SU ÚLTIMO CHEQUEO MÉDICO (MM/DD/AAAA)

 NOMBRE DEL MÉDICO PRIMARIO

 TELÉFONO DEL MÉDICO PRIMARIO

 DIRECCIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO

c) ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos 12 meses? En caso afirmativo, indique:

S N

NOMBRE

¿CUÁNTO? KG LB

¿QUÉ OCASIONÓ EL CAMBIO DE PESO?

Sección C: Si usted ha indicado Sí en alguna parte de la Sección A o B, por favor provea información completa en esta sección y adjunte el reporte médico (puede utilizar una página adicional si requiere más espacio).

1. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

2. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

3. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

4. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

Desde el momento en que la Aseguradora recibe la solicitud de seguro completa y firmada - hasta la Fecha de Inicio de Vigencia, o sesenta (60) días calendario a partir de la fecha en que la Aseguradora recibe la solicitud de seguro, lo que suceda primero, la Aseguradora acuerda cubrir a todos los propuestos asegurados hasta un beneficio máximo de veinticinco mil dólares \$25.000 por Póliza o treinta mil dólares \$30.000 para el Medical Elite, por gastos médicos derivados de lesiones corporales sufridas en un Accidente ocurrido mientras esta Cobertura Temporal de Emergencia esté en vigor.

Esta cobertura temporal para Accidentes está sujeta y gobernada por los mismos términos, provisiones o exclusiones de la Póliza que hubiesen sido aplicados si la Póliza bajo la cual se solicitó cobertura hubiese estado en vigor en la fecha del Accidente del propuesto Asegurado. Este beneficio está sujeto al Deducible escogido por el Asegurado y no será válido si la solicitud de seguro es declinada por cualquier razón.

Las lesiones sufridas en un Accidente ocurrido mientras la solicitud de seguro esté siendo evaluada no serán motivo para declinar una solicitud.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

Seguros Agromercantil, 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.

AL FIRMAR, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE

- a) La cobertura de la póliza no entrará en hasta que la Aseguradora haya completado la evaluación de riesgo, se haya aprobado la solicitud, y se haya emitido la póliza. La cobertura de la póliza entrará en vigor el día primero o el día quince, dependiendo de la fecha en que la Aseguradora aprobó la solicitud.
- b) La información y las respuestas facilitadas son verdaderas, completas, correctas y no son falsas hasta donde tengo conocimiento (Información Completa), están correctamente desglosadas y revisadas por mí de buena fe. Entiendo que la información ofrecida en esta solicitud será decisiva para la aprobación de la cobertura requerida y que cualquier omisión o falsa declaración en dicha información será razón para la rescisión, cancelación o modificación de la cobertura que estoy solicitando.

Si el Solicitante incurre en omisión o inexacta declaración, para obtener beneficios para sí mismo, sus dependientes o alguna persona que no tenga derecho a tales beneficios o pagos, esto tendría como resultado que El Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes pierdan automáticamente todos los derechos de cobertura ofrecidos en la Póliza. Además, en estos casos, El Asegurado Titular será responsable de reembolsar de forma inmediata, al primer requerimiento de La Aseguradora, todos los pagos realizados por ésta al Asegurado Titular o directamente al Proveedor de servicios médicos en virtud de la Póliza. La prima no devengada que pudiera ser reembolsable, será abonada a cualquier cantidad que se hubiera pagado por error.

En caso de que tuviera lugar la rescisión, cancelación o terminación de la cobertura, La Aseguradora no tendrá obligación alguna de pagar o reembolsar ninguna cantidad por siniestros compensables que hubieran sido o fueran a ser reclamados en virtud de la póliza.

- c) Usted deberá devolver a la Aseguradora cualquier cantidad que haya recibido de la misma en virtud de la póliza, si ésta se cancela o queda anulada como resultado de no haber facilitado Información Completa y las cantidades que se deban reembolsar tal y como se establecen en (b) más arriba no fueran suficientes para que la Compañía de Seguros cobrara las cantidades a que tuviera derecho.
- d) Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o médicamente relacionado, Compañía de Seguros, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, para dar a La Compañía, sus reaseguradores y afiliados de dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Además, autorizo a La Aseguradora, sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otros aseguradores, administradores de riesgos, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.
- e) Mis dependientes y yo, personas a ser cubiertas por este seguro, entendemos y estamos de acuerdo en que han elegido permitir al Intermediario de Seguros para que tenga acceso a la totalidad de la información médica y relativa a su salud (pasada, presente y futura) que se facilita a La Compañía o a cualquiera de sus afiliados o subcontratistas.
- f) Para dar cumplimiento a las regulaciones de la Oficina de Control de Activos extranjeros de los Estados Unidos (OFAC), todos los solicitantes deberán ser chequeados contra la lista de "Nacionales Especialmente Designados" o "SDN" y su cobertura pudiera ser revocada, en caso de un resultado positivo.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

IMPORTANTE: COMO INTERMEDIARIO DE SEGURO, ACEPTO TOTAL RESPONSABILIDAD POR EL ENVÍO DE ESTA SOLICITUD, ASÍ COMO TODA LA PRIMA COLECTADA. DESCONOZCO DE ALGUNA CONDICIÓN QUE NO HAYA SIDO DECLARADA EN ESTA SOLICITUD, LA CUAL AFECTARÍA LA ASEGURABILIDAD DE LOS SOLICITANTES.

NOMBRE Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

FECHA (MM/DD/AAAA)

BENEFICIARIO

(En caso de fallecimiento del titular para propósito de devolución de la prima no devengada y/o reembolso)

NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

FECHA DENACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

RELACIÓN CON
EL SOLICITANTE PRINCIPAL

INFORMACIÓN DE PAGO

MODO DE PAGO:

Anual Semi-Anual Trimestral

FORMA DE PAGO:

TARJETA DE CRÉDITO CHEQUE
(Pago a la orden de Seguros Agromercantil, S.A.)

TRANSFERENCIA BANCARIA DÉBITO AUTOMÁTICO
(Cuenta de Banco Agromercantil, S.A.)

RESUMEN DE PAGO:

PRIMA (USD)

TASA ADMINISTRATIVA ANUAL (USD)

ANEXOS DE COBERTURA ADICIONAL (USD)

TOTAL (USD)

PRIMER PAGO (USD)

PAGOS SIGUIENTES (USD)

Autorizo a Seguros Agromercantil, S.A. que por conducto del banco emisor de mi tarjeta de crédito / débito afiliada efectúe el cobro automático de las primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas. El cargo se realizará en quetzales en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener disponibilidad suficiente para que se cumplan las obligaciones de pago correspondiente en base a la vigencia y forma de pago elegida. En caso de que los cargos no sean reflejados en el estado de cuenta es mi obligación notificar de inmediato a la Aseguradora. Estoy de acuerdo que con base en las condiciones de la póliza los beneficios no serán pagaderos e incluso se procederá a la cancelación de la cobertura en caso que el cobro no pueda ser efectuado, en especial por cambios o cancelación en la tarjeta de crédito o rechazo del emisor de la tarjeta.

DATOS PARA FACTURA

FACTURA A NOMBRE DE

NIT

DIRECCIÓN

Si la factura es a nombre de un tercero completar lo siguiente (si es a nombre de una Empresa No. DPI y datos del Representante Legal):

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

DPI

FECHA DE VENCIMIENTO

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

TELEFONO

CORREO ELECTRÓNICO

EMPRESA PARA LA QUE LABORA

CARGO O PUESTO QUE DESEMPEÑA

ACTIVIDAD ECONÓMICA

FECHA CONSTITUCIÓN EMPRESA

Este texto es responsabilidad de La Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 2041-2018 del 06 de noviembre de 2018, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo*.