

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 requiere información adicional. Una solicitud incorrecta o incompleta será devuelta al solicitante, demorando el proceso de inscripción.

- Nueva solicitud**
- Cambio de plan/deducible. Si cambio de plan, por favor indique nombre del plan anterior _____
- Dependientes adicionales Rehabilitación

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(s)

DPI

SEXO

Masculino

Femenino

DIRECCIÓN

CIUDAD

PAÍS

ESTADO CIVIL

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO (OFICINA O DOMICILIO)

Soltero(a)

Casado(a)

Viudo(a)

Divorciado(a)

CELULAR

FAX

FECHA DE NACIMIENTO
(DD/MM/AAAA)

ESTATURA
M PIES

PESO
KG LB

OCUPACIÓN

SELECCIONE EL DEDUCIBLE

	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
Dentro de E.E.U.U.	\$1.000	\$2.000	\$5.000	\$10.000	\$20.000
Fuera de E.E.U.U.	\$1.000	\$2.000	\$5.000	\$10.000	\$20.000

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES Y PRIMAS

_____			SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
NOMBRE, APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO					
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PIES	_____
RELACIÓN CON	FECHA DE	ESTATURA	PESO	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> LB
EL SOLICITANTE	NACIMIENTO				PRIMA (USD)
	(DD/MM/AAAA)				

_____			SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
NOMBRE, APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO					
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PIES	_____
RELACIÓN CON	FECHA DE	ESTATURA	PESO	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> LB
EL SOLICITANTE	NACIMIENTO				PRIMA (USD)
	(DD/MM/AAAA)				

_____			SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
NOMBRE, APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO					
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PIES	_____
RELACIÓN CON	FECHA DE	ESTATURA	PESO	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> LB
EL SOLICITANTE	NACIMIENTO				PRIMA (USD)
	(DD/MM/AAAA)				

_____			SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
NOMBRE, APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO					
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PIES	_____
RELACIÓN CON	FECHA DE	ESTATURA	PESO	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> LB
EL SOLICITANTE	NACIMIENTO				PRIMA (USD)
	(DD/MM/AAAA)				

_____			SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
NOMBRE, APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO					
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PIES	_____
RELACIÓN CON	FECHA DE	ESTATURA	PESO	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> LB
EL SOLICITANTE	NACIMIENTO				PRIMA (USD)
	(DD/MM/AAAA)				

PRIMA DEL SOLICITANTE (USD) _____

Primer Pago

Pagos siguientes

SUMA PRIMA TITULAR Y DEPENDIENTES _____

COBERTURA ADICIONAL (USD) _____

SUBTOTAL (USD) _____

GASTOS DE EMISIÓN (USD) _____ No aplica

I.V.A. (USD) _____

TOTAL PRIMA (USD) _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR

- ¿Usted o alguno de sus dependientes cuentan con otra cobertura médica internacional? **Si respondió 'Sí'**, por favor adjunte una copia del certificado de cobertura del plan o carátula de la póliza y el comprobante del último pago.
- ¿Piensa continuar con esa cobertura?
- ¿Alguna solicitud de seguro médico le ha sido rechazada, aceptada sujeta a restricciones, o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes? **Si respondió 'Sí'**, por favor adjunte detalles.
- ¿Ha tenido o tiene actualmente usted o alguno de sus dependientes seguro médico con otras aseguradoras? Si respondió 'Sí', indique lo siguiente:

NOMBRE DE LA(S) ASEGURADORA(S)

FECHA DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA
(DD/MM/AAAA)

**SI ESTA SOLICITUD ES POR 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.

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.

SOLICITANTE

TIPO Y CANTIDAD
DE CONSUMO

Previo Actual

CONSUMO

PERIODO
(DESDE - HASTA)

SOLICITANTE

TIPO Y CANTIDAD
DE CONSUMO

Previo Actual

CONSUMO

PERIODO
(DESDE - HASTA)

SOLICITANTE

TIPO Y CANTIDAD
DE CONSUMO

Previo Actual

CONSUMO

PERIODO
(DESDE - HASTA)

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:

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 5 años? **Si respondió 'Sí'**, por favor proporcionar.

SOLICITANTE	DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)
-------------	---

SOLICITANTE	DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)
-------------	---

SOLICITANTE	DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)
-------------	---

CUESTIONARIO MÉDICO

Indique Si o No a todas las preguntas de este cuestionario

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

a) Cáncer, tumores malignos o tumores benignos. **Si respondió 'Sí'**, indique el tipo

b) alguna condición médica que haya requerido cirugía y/o algún procedimiento quirúrgico. **Si respondió 'Sí'**, indique el diagnóstico.

Diagnóstico _____

Fecha _____

c) Cálculos en los riñones, alteración en los riñones o en la vejiga, frecuencia urinaria o ardor.

d) Bocio, alteración en la tiroides, diabetes.

e) Epilepsia, parálisis, enfermedades mentales o nerviosas, alcoholismo, migrañas.

f) Adicción a drogas por las cuales ha sido tratada u hospitalizada.

g) Alteración de la vesícula, hernia, alteración del estómago o los intestinos, úlceras, hemorroides, alteración de hígado.

h) Cataratas u otra alteración en los ojos, problemas de los oídos.

i) Tuberculosis, enfermedades pulmonares, asma o bronquitis, sinusitis, tos crónica y padecimiento de la garganta.

j) Artritis, reumatismo, trastorno de las articulaciones, padecimiento en la columna vertebral, gota.

- k) Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, anemia, fiebre reumática, trastornos de coagulación, hemofilia, flebitis, trombosis, dolor del pecho, angina, aneurisma.
- l) Femenino: alteraciones menstruales o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, enfermedades transmitidas sexualmente, enfermedad de las mamas.
- m) Femenino: actualmente está embarazada. **Si respondo “Sí”,** indique la fecha probable de parto (DD/MM/AAAA) _____.
- n) Número de: embarazos _____ ; partos normales _____ ;partos cesárea _____ ; abortos _____ ; Motivo de Cesárea _____ .
- ñ) Femenino: complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, o un hijo(a) con algún defecto de nacimiento, enfermedad congénita o hereditaria.
- o) Masculino: alteraciones de la próstata, enfermedades transmitidas sexualmente.
- p) SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), Complejos Relacionados al SIDA (CRS).
- q) Dermatitis o enfermedades de la piel, cáncer en la piel, u otro problema de la piel.
- r) Desviación del tabique nasal, sinusitis, pólipos u otro trastorno de la nariz.
- s) Defectos de nacimiento o anomalías congénitas, retraso en el desarrollo, síndrome de Down, malformaciones del corazón/pulmón/riñón.
- t) ¿Alguna persona nombrada en esta solicitud es candidato o receptor de un trasplante de órgano, médula ósea o células madre?
- u) ¿Alguna persona nombrada en esta solicitud es candidato o receptor para prótesis, clavija, tornillos, clavos, alambre, placa ósea/articular?

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

- a) Haya 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.
- b) Haya 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.
- c) ¿Alguna persona nombrada en esta solicitud ha disminuido o aumentado de peso en los últimos tres (3) meses? ¿Cuánto? _____ Kg / Lb.
¿Qué ocasionó el cambio de peso? _____
- d) Haya tomado o toma regularmente alguna medicina. En caso afirmativo, indique (puede utilizar una página adicional si requiere más espacio):

NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO

NOMBRE DE LA MEDICINA Y
LA DOSIS DIARIA

COSTO
MENSUAL

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

NOMBRE DEL MÉDICO

TELÉFONO DEL MÉDICO

DIRECCIÓN DEL MÉDICO

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO

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 Y TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

2. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

3. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO Y 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 completa y firmada y la prima total de la Póliza hasta la Fecha de Inicio de Cobertura, o sesenta (60) días a partir de la fecha en que la Aseguradora recibe la solicitud, lo que suceda primero, la Aseguradora acuerda cubrir a todos los propuestos asegurados hasta un beneficio máximo de veinte y cinco mil dólares (\$25.000) por Póliza, por gastos médicos derivados de lesiones corporales sufridas en un Accidente ocurrido mientras esta Cobertura Temporal de Emergencia esté en vigor.

Si el pago total no ha sido realizado dentro del período de sesenta (60) días, no existirá Cobertura Temporal de Emergencia tal y como se describe en el párrafo anterior, por el contrario, la cobertura comenzará el día 1 o el 15 (lo que ocurra primero) siguiente a la fecha en que se haya recibido el pago total.

Esta cobertura temporal para Accidentes está sujeta y gobernada por los mismos términos, provisiones, 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 es declinada por cualquier razón.

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

RECONOCIMIENTO

SE ENTIENDE Y SE ESTÁ DE ACUERDO CON QUE:

- a. Seguros Agromercantil, S.A., en adelante la Aseguradora, se reserva el derecho de aceptar o denegar su solicitud. La cobertura entrará en vigor en la fecha estipulada en la Carátula de la Póliza, una vez aceptado como Asegurado Titular por la Aseguradora y de acuerdo con los términos y plazos de entrada en vigor de cada una de las coberturas expresadas dentro de la Póliza.
- b. La información y las respuestas facilitadas son completas, correctas, ciertas, y no son falsas hasta donde se tiene conocimiento (Información Completa). Si no se ha facilitado la Información Completa en esta solicitud, la Aseguradora según su propio criterio y sin obligación de demostrar motivos fundados, puede cancelar una póliza previamente emitida, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.
- c. En el caso de la cancelación de la póliza de acuerdo con lo expuesto en el inciso "b" anterior, la Aseguradora no tendrá algún tipo de obligación de pagar o reembolsar alguna cantidad por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados en virtud de la aplicación de la cobertura de la póliza.

La Aseguradora devolverá únicamente la parte no devengada de las primas anteriormente cobradas. La Aseguradora se reserva el derecho de deducir de la cantidad reembolsable los costos de cualquier reclamo que haya sido saldado bajo la misma falsedad.

- d. El Asegurado deberá devolver a la Aseguradora cualquier cantidad de dinero 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. Las cantidades conforme al inciso "c" anterior, estarán sujetas a ser pagaderas solo si son mayores a la cantidad que el Asegurado debe devolver a la Aseguradora.

AUTORIZACIÓN

EXPRESAMENTE AUTORIZO A:

- a. Cualquier persona individual o jurídica, entiéndase mas no se limite a médicos, profesionales, hospitales, clínicas o cualquier otro proveedor de servicios médicos, agencias gubernamentales o a quien considere procedente la Aseguradora, para que con el solo hecho de presentar el original de esta Solicitud debidamente firmada o en su defecto fotocopia simple de la misma, le entregue a la Aseguradora información y/o registros relacionados con consejos, cuidados o tratamientos proporcionados a mi persona y/o las personas nombradas en esta solicitud, sin limitación de información relacionada con enfermedades mentales o del uso de drogas o alcohol.
- b. Al Agente de Registro para que tenga acceso a la totalidad de la información médica y relativa a la salud (pasada, presente y futura) de mi persona y/o las personas nombradas en esta solicitud, que se ha facilitado a la Aseguradora o a cualquiera de sus afiliados o subcontratistas.
- c. La Aseguradora, para que en caso de mi fallecimiento haga efectivo el pago de todo reembolso de gastos médicos a la persona indicada a continuación:
_____. Cualquier cambio en esta designación deberé hacer la notificación por escrito a la Aseguradora.

Manifiesto mi conformidad de recibir de Seguros Agromercantil, las Condiciones Generales de la Póliza a que se refiere ese documento, por el medio abajo indicado, cuyo contenido se me asegura es idéntico al registrado en la Superintendencia de Bancos de Guatemala, mediante Resolución No. 726-2015 del 07 de julio del 2015.

Dispositivo electrónico Documento físico Correo electrónico: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL AGENTE DE REGISTRO

FECHA (DD/MM/AAAA)

NOMBRE DEL AGENTE DE
REGISTRO

CÓDIGO DEL AGENTE
DE REGISTRO

INFORMACIÓN DE PAGO DE LAS PRIMAS

MODO DE PAGO:

- Anual
 Semestral
 Trimestral

FORMA DE PAGO:

- Tarjeta de Crédito**
 Cheque: Pago a la orden de Seguros Agromercantil, S.A.
 Transferencia Bancaria
 Débito automático de cuenta en Banco Agromercantil, S.A.

RESUMEN DE PAGO:

PRIMER PAGO (USD)

PAGOS SIGUIENTES(USD)

“Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 726-2015 del 07 de julio del 2015. ”

La póliza es emitida por Seguros Agromercantil, S.A., entidad mercantil registrada en Guatemala. Los servicios de administración de seguros médicos vienen ofrecidos por Best Doctors Insurance Holdings, LLC., en representación de Seguros Agromercantil, S.A.
www.bestdoctorsinsurance.com

Teléfono en Guatemala
2279-9989

Correo Electrónico
bestdoctors@bam.com.gt