

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES HOSPITALARIOS



Esta solicitud debe ser completada y firmada por el solicitante y asegurado titular con letra de molde clara y con tinta de un solo color. Por favor no dejar preguntas ni espacios sin responder.

Esta solicitud no podrá ser válida si se presenta con tachones, enmiendas, y no se aceptan cambios posteriores a lo declarado. Seguros Agromercantil, S.A. se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o ampliación de la información declarada en esta solicitud.

Tipo de solicitud: Póliza nueva Cambio de plan

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (ASEGURADO TITULAR)

1.1 DATOS GENERALES

Nombres: _____ Apellidos: _____

Género: M F Ocupación: _____ Número de DPI: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

1.2 DOMICILIO

Calle, avenida, número, zona: _____ Colonia: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

1.3 DATOS LABORALES

Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____

Número de teléfono del lugar de trabajo: _____

1.4 DATOS DE CONTACTO

Número de teléfono del domicilio: _____ Número de teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Dirección para recibir notificaciones: _____

II. PLAN SOLICITADO (Seleccione el plan y el deducible a contratar)

PLAN	Q10,000	Q15,000	Q20,000	Q30,000	Q45,000
PLAN I: Q6 millones año póliza, cobertura 100%.					
PLAN II: Q3 millones año póliza, cobertura 80%.					

III. PAGO DE LA PRIMA

3.1 FORMA DE PAGO: Trimestral Semestral Anual

3.2 MEDIO DE PAGO:

BAMnet No. de cuenta: _____

Cheque Pago a la orden de Seguros Agromercantil, S.A.

Tarjeta de crédito o débito No. de tarjeta: _____ Fecha de expiración: _____

3.3 DATOS DE FACTURACIÓN:

Nombre: _____ NIT: _____

Dirección: _____

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 compañía. 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.

IV. DATOS DE LOS SOLICITANTES Y DEPENDIENTES

No.	Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)	Parentesco	Género	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad	Estado civil	Estatura (cm)	Peso (lbs)	Ocupación	Prima neta (Q)
0		Titular								
1										
2										
3										
4										
5										
6										

Estado civil: S= Soltero; C= Casado; D= Divorciado; V= Viudo

V. CUESTIONARIO

5.1 INFORMACIÓN DE SEGUROS

1. ¿Usted o alguno de sus dependientes cuenta con un seguro médico? Sí No

Si su respuesta es sí, adjuntar copia del certificado de cobertura a la presente solicitud en indicar:

Persona (s) asegurada (s): _____

Nombre de la aseguradora: _____

Fecha de Inicio de cobertura: _____

2. ¿Alguna solicitud de seguro médico para usted o para alguno de sus dependientes le ha sido rechazada, limitada o aceptada con restricciones o prima mayor a la estándar? Sí No

5.2 INFORMACIÓN MÉDICA

Sección A:

Usted o alguno de los solicitantes nombrado en esta solicitud:

1. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad? Sí No

2. ¿Está en algún tratamiento médico, terapia o rehabilitación? Sí No

3. ¿Ha sido sometido a pruebas de laboratorio, estudios de imagen, electrocardiogramas, biopsia, o algún otro estudio de diagnóstico? Sí No

4. ¿Ha tenido o tiene programada una intervención quirúrgica u hospitalaria? Sí No

5. ¿Ha sido diagnosticado tumores benignos o malignos? Sí No

6. ¿Ha sufrido quebrantos de salud o sintomatología en el último año? Sí No

Si ha respondido afirmativamente alguna de las preguntas de la Sección A, por favor complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Médico tratante: _____

Médico tratante: _____

Diagnóstico: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento recibido: _____

Tratamiento recibido: _____

Hospital: _____

Hospital: _____

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada.

Sección B:

¿Usted o alguno de sus dependientes ha padecido o padece de alguna de las siguientes condiciones médicas? Marque "Sí" o "No" según sea el caso.

1. Enfermedad del corazón, del aparato circulatorio, hipertensión o hipotensión arterial, colesterol y/o triglicéridos elevados.

Sí No

2. Enfermedad respiratoria o pulmonar.

Sí No

3. Enfermedad del estómago, esófago, intestinos, colon, páncreas y/o hígado.

Sí No

4. Enfermedad de los riñones y/o del tracto urinario.

Sí No

5. Padecimientos de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, artritis, gota, u otros padecimientos de los músculos o huesos.

Sí No

6. Cáncer, linfoma o leucemia.

Sí No

7. Enfermedad de la sangre.

Sí No

8. Diabetes, padecimientos de la tiroides, glándulas, endócrinos o metabólicos.

Sí No

9. Enfermedad de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo.

Sí No

10. Problemas de la visión, del oído, de audición, de la nariz o la garganta.

Sí No

11. Padecimientos congénitos o hereditarios.

Sí No

12. Enfermedades vasculares cerebrales (embolia, trombosis, etc.).

Sí No

13. Convulsiones, migrañas, parálisis u otro desorden neurológico.

Sí No

14. Discapacidad, amputación de algún miembro o remoción de algún órgano.

Sí No

Si usted o alguno de sus dependientes nombrados en esta solicitud padece o ha padecido alguna enfermedad o accidente, cirugía u hospitalización no señalada en los puntos anteriores, o tiene alguna cirugía o tratamiento pendiente, indicarlo a continuación:

Nombre del paciente: _____

Médico tratante: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Hospital: _____

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada.

Sección C:

Usted o alguno de los dependientes nombrados en esta solicitud:

- 1. ¿Practica algún deporte o afición? Indique cuál: _____
- 2. ¿Viaja en forma frecuente en aeronaves privadas o en motocicleta? Indique la frecuencia: _____

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada.

Sección D:

Preguntas exclusivas para solicitantes femeninas nombradas en esta solicitud

- 1. ¿Padece, ha padecido, o ha tenido síntomas relacionados a enfermedad de los ovarios, de la matriz o de las glándulas mamarias? Sí No
- 2. ¿Está embarazada? Sí No
- 3. ¿Le han practicado legrados o cesáreas? Sí No
- 4. ¿Se ha sometido o piensa someterse a un tratamiento de infertilidad? Sí No

Si ha respondido afirmativamente alguna de las preguntas de la Sección D, por favor proporcionarnos la siguiente información:

Nombre del paciente: _____	Nombre del paciente: _____
_____	_____
Médico tratante: _____	Médico tratante: _____
Diagnóstico: _____	Diagnóstico: _____
Tratamiento recibido: _____	Tratamiento recibido: _____
Hospital: _____	Hospital: _____

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada.

Sección E:

Si usted o alguno de los dependientes nombrados en esta solicitud toma o le han recomendado tomar algún medicamento por favor indicarlo a continuación:

Nombre del paciente: _____

Nombre del medicamento: _____ Cantidad: _____

Razón: _____ Frecuencia: _____ Desde: _____ Hasta: _____

Médico tratante _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del medicamento: _____ Cantidad: _____

Razón: _____ Frecuencia: _____ Desde: _____ Hasta: _____

Médico tratante _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del medicamento: _____ Cantidad: _____

Razón: _____ Frecuencia: _____ Desde: _____ Hasta: _____

Médico tratante _____

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada.

Sección F:

¿Usted o alguno de sus dependientes ha fumado cigarrillos o tabaco, o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales?

Sí No

Si respondió "Sí" explique:

Nombre completo: _____

Tipo: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria _____

Nombre completo: _____

Tipo: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria _____

Nombre completo: _____

Tipo: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria _____

Sección G:

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, cáncer, o algún padecimiento cardiovascular, congénito o hereditario?

Sí No

Si respondió "Sí" explique:

Nombre completo	Padecimiento	Familiar con padecimiento					
		Padre	Madre	Hermano (a)	Hermano (a)	Hijo (a)	Tío (a)

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

- Seguros Agromercantil, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Así mismo, podrá solicitar examen médico y/o exámenes médicos a costo del solicitante.
- Una vez aceptado el Asegurado, la Fecha de Inicio de Cobertura es la indicada en la carátula de la Póliza.
- 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.
- Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud, autorizo:
 - A cualquier persona individual o jurídica, tales como pero no limitado a aseguradoras, médicos, profesionales, hospitales, clínicas, proveedor de servicios de salud, y entidades gubernamentales, y a toda entidad médica o persona médica o relacionada médicamente para proveer a la Compañía la información que esta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí y/o mis dependientes, sin limitación alguna.
 - A la Compañía para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.
- En caso de mi fallecimiento como asegurado titular, nombro a: _____, parentesco: _____, como beneficiario para recibir cualquier reembolso de gastos médicos. En caso de cambio de Beneficiario, me comprometo a notificar y solicitar a la Compañía por escrito el cambio.
- Este documento constituye una solicitud, por lo que no representa garantía alguna de aceptación por la Compañía; y en caso de aceptación, la Compañía determinará los términos de la misma.
- La Compañía tendrá treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de esta solicitud en las oficinas de la Compañía para evaluar y aceptar o declinar la misma. Si finalizado este periodo el solicitante no recibe la aceptación o negación, la solicitud deberá ser considerada rechazada por la Compañía.
- En caso de aceptación, al Asegurado Titular manifiesta su conformidad de recibir de Seguros Agromercantil, las Condiciones Generales de la Póliza a que se refiere este documento, por el medio indicado a continuación, cuyo contenido se me asegura es idéntico al registrado en la Superintendencia de Bancos de Guatemala, mediante Resolución No. 917-2016.

Dispositivo electrónico

Documento físico

Correo electrónico

9. Esta solicitud ha sido completada en su totalidad por el solicitante.

NOMBRE DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA EN QUE SE FIRMA LA SOLICITUD

NOMBRE DEL AGENTE

No. DE CÓDIGO

FIRMA DEL AGENTE

"Este texto es responsabilidad de la Compañía y fue registrado por la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 917 del 22 de julio de 2016."