

## DATOS DEL SOLICITANTE

## PARTE 1

|  |  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| 1er. Apellido o Apellido de Soltera  |  | 2do. Apellido o Apellido de Casada   |  | Nombre (s)                                     |  |   |  |
| Dirección Particular   |  |  |  | Teléfonos                                      |  |   |  |
| Nombre y Dirección donde Trabaja   |  |  |  | Teléfonos/Fax/e-Mail                           |  |   |  |
| No. de DPI   |  | Enviar correspondencia a: Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> |  | Edad   |  | Fecha de Nacimiento   |  |
| Lugar de Nacimiento  |  | NIT  |  | Lbs. Mts.                                      |  | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |  |
| Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> |  | Ocupación actual   |  | Peso Estatura                                  |  |   |  |
|  |  |  |  | Si tiene otras ocupaciones sírvase detallarlas |  |   |  |
| Facturas a nombre de   |  |  |  | NIT  |  |   |  |
| Dirección  |  |  |  | Teléfono                                       |  |   |  |

## BENEFICIO SOLICITADO

### COBERTURA

Individual  Familiar

### TERRITORIO

Mundial \_\_\_\_\_ Centroamericano \_\_\_\_\_

Cobertura(s) Adicional(es) por la contratación del (los) Anexo(s) de:

| Dependientes que pretenden asegurar (Anote los datos por edad de Mayor a Menor) |      |            |      |          |     | Fecha de Nacimiento |     |  |
|---|------|------------|------|----------|-----|---------------------|-----|--|
| Nombre completo   | Sexo | Parentesco | Peso | Estatura | Día | Mes                 | Año |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |
|   |      |            |      |          |     |                     |     |  |

**EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIOS DE MI COBERTURA DE VIDA Y/O GASTOS MÉDICOS:**

| Nombre completo | Parentesco | Porcentaje % |
|-----------------|------------|--------------|
|                 |            |              |
|                 |            |              |
|                 |            |              |
|                 |            |              |

**INDIQUE LOS SEGUROS DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS QUE TENGA EN VIGOR O EN TRÁMITE**

| Compañía | Fecha de emisión | Monto del Seguro de Vida | Beneficio Máximo de Gastos Médicos | Personas cubiertas (indique sí o no) |         |       |
|----------|------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------|-------|
|          |                  |                          |                                    | Personas a Asegurar                  | Cónyuge | Hijos |
|          |                  |                          |                                    |                                      |         |       |
|          |                  |                          |                                    |                                      |         |       |
|          |                  |                          |                                    |                                      |         |       |
|          |                  |                          |                                    |                                      |         |       |

**PARTE 2**

Todas las preguntas de este cuestionario deberán ser contestadas para cada una de las personas que se pretenden asegurar en la póliza solicitada.

|   |  |
|---|--|
| <p>¿A usted, o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, les han sido rechazadas, aplazadas, retiradas, modificadas, aumentadas las tarifas canceladas o rehusadas las solicitudes de seguro, de renovación, de rehabilitación, o de cambio de Póliza de Seguro de Vida, de Accidentes o Enfermedades? (Mencione nombres, compañías, fechas, clase de seguro y razón)</p> |  |
| <p>¿Ha reclamado usted, o cualquiera de los miembros de su familia, nombrados en esta solicitud, como beneficiario de Pólizas de Accidente o Enfermedades o por razón de invalidez de Pólizas de vida? (mencione nombres, compañías, fechas, cantidad recibida, causa, si sanó completamente).</p>  |  |
| <p>Nombre y Dirección completa de los Médicos que lo atienden regularmente a usted y a los miembros de su familia.</p>  |  |

¿Ha tenido el solicitante o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (Indique SÍ o NO escribiendo en la casilla correspondiente a la persona que aplica a cada una de las enfermedades en el cuadro a continuación).

|  | Persona a Asegurar | Cónyuge | Hijos |   | Persona a Asegurar | Cónyuge | Hijos |
|--|--------------------|---------|-------|---|--------------------|---------|-------|
| <b>A.</b> Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta.  |                    |         |       | <b>N.</b> ¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?   |                    |         |       |
| <b>B.</b> Desmayos o mareos, convulsiones; dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos; defecto al hablar, parálisis, embolia.  |                    |         |       | <b>Ñ.</b> ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento?  |                    |         |       |
| <b>C.</b> ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectorar sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis?  |                    |         |       | <b>O.</b> ¿Ha consultado un médico durante los últimos doce meses?  |                    |         |       |
| <b>D.</b> ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas?  |                    |         |       | <b>P.</b> ¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos X o cualquier otro examen para diagnóstico?  |                    |         |       |
| <b>E.</b> ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera; apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula?                          |                    |         |       | <b>Q.</b> ¿Le ha sido recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía, que no haya sido realizado?   |                    |         |       |
| <b>F.</b> ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno de riñón, vejiga, próstata, páncreas, hernia, trastorno urinario del recto y órganos reproductivos? |                    |         |       | <b>R.</b> ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas; drogas que producen alucinamientos (incluyendo la marihuana), narcótico o cualquier otra droga?   |                    |         |       |
| <b>G.</b> ¿Diabetes, tiroides y otro trastorno endocrinológico?  |                    |         |       | <b>S.</b> ¿Ha recibido o necesita asesoramiento consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?  |                    |         |       |
| <b>H.</b> ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?  |                    |         |       | <b>T.</b> ¿Ha presentado sensaciones de plenitud o saciedad temprana (después de comer), distensión abdominal, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, "reflujo", dolor abdominal.?   |                    |         |       |
| <b>I.</b> ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastorno de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza; espina dorsal?   |                    |         |       | <b>U.</b> ¿Ha presentado aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración extrema, nerviosismo o ansiedad, insomnio, adelgazamiento de la piel, sensaciones de calor, cabello fino y/o quebradizo, debilidad muscular, o frecuentes evacuaciones intestinales? |                    |         |       |
| <b>J.</b> Trastornos de la piel; glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer.  |                    |         |       | <b>V.</b> ¿Ha presentado fatiga, intolerancia al frío, pérdida de apetito, aumento de peso, reducción de la sudoración, dificultad para concentrarse y problemas de memoria, congestión, habla y/o movimientos lentos y/o depresión?                        |                    |         |       |
| <b>K.</b> Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre.  |                    |         |       | <b>SOLO PARA MUJERES</b>  |                    |         |       |
| <b>L.</b> ¿Trastorno del sistema inmune?   |                    |         |       | <b>W.</b> ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de senos?  |                    |         |       |
| <b>M.</b> ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?  |                    |         |       | <b>X.</b> ¿Operación cesárea?   |                    |         |       |
|  |                    |         |       | <b>Y.</b> ¿Se encuentra actualmente embarazada? (o su cónyuge) si se encuentra, favor indique la fecha en que se espera el alumbramiento.   |                    |         |       |

**SI ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO SON CONTESTADAS EN SENTIDO AFIRMATIVO, DÉ USTED DETALLES EN EL SIGUIENTE CUADRO.**

| Nombre de la persona de quien se da la información | Enfermedad o Lesión | Fecha | Datos (Número de ataques, diagnósticos, tratamientos, etc) | Nombre y Dirección del o los Médicos tratantes |
|--|---------------------|-------|--|--|
|  |                     |       |  |  |
|  |                     |       |  |  |
|  |                     |       |  |  |
|  |                     |       |  |  |

## MUY IMPORTANTE (DEBE LEERSE ANTES DE FIRMAR)

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 me 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 que La Compañía lo considere oportuno, inclusive después de mi 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.

## IMPORTANTE

Código de Comercio

**Artículo 880 (Declaración)** - El solicitante estará obligado a declarar por escrito al asegurador, de acuerdo con el cuestionario respectivo todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de formular la solicitud.

**Artículo 881 (Declaración de Representantes)** - Si el contrato se solicita por un representante o por quien actúa en interés de un tercero, deberán declararse tanto los hechos importantes que sean o deban ser conocidos por el solicitante, como los que sean o deban ser conocidos por aquél por cuya cuenta se contrata.

**Artículo 908 (Terminación por declaración inexacta)** - La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 880 y 881 de éste Código, dan derecho al asegurado para terminar el contrato de seguro. El asegurador, dentro del mes siguiente a aquél en que se conozca la omisión o inexacta declaración, notificará al asegurado que da por terminado el contrato; transcurrido este plazo sin que se haga la notificación, el asegurador perderá el derecho a invocarla.

El asegurador tendrá derecho a título de indemnización, a las primas correspondientes al período de seguro en curso, pero si da por terminado el seguro antes de que haya comenzado a correr el riesgo, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

**NOTA: Antes de firmar asegurarse de leer toda la solicitud, pues esta forma parte legal a su expediente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha en que firma

Por este medio autorizo al emisor de la tarjeta identificada a continuación, a cargar o a pagar las cuotas mensuales del Seguro, sin limitación u objeción.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tarjetahabiente

\_\_\_\_\_  
Número de DPI

\_\_\_\_\_  
Nombre del Tarjetahabiente

Tarjeta Número \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio de vigencia de la Tarjeta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento de la Tarjeta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Para uso exclusivo de Seguros G&T

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_  
Agencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Firma

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1124-2017 del 13 de octubre de 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.