



**MEDI**Flex



ASEGURADORA  
**GENERAL**

---

**EL SEGURO MÉDICO  
MÁS VERSÁTIL Y FUNCIONAL**

---



Solicitud incompleta: favor completar las respuestas o requisitos señalados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicitud aceptada: Fecha \_\_\_\_\_ Fecha inicio de vigencia \_\_\_\_\_

Solicitud rechazada: Fecha \_\_\_\_\_

Solicitud pospuesta: Fecha \_\_\_\_\_

Pendiente: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del analista

**A. Datos Personales del Solicitante**

1. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

2. Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Edad: \_\_\_\_\_

4. Sexo: \_\_\_\_\_

5. Estado civil: \_\_\_\_\_

6. Estatura: (M) \_\_\_\_\_ 7. Peso: (Lb.) \_\_\_\_\_

8. NIT: \_\_\_\_\_

9. DPI\*: \_\_\_\_\_

10. Dirección domicilio: \_\_\_\_\_

Depto.: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

11. E-mail: \_\_\_\_\_ 12. Tel.: \_\_\_\_\_

13. Cel.: \_\_\_\_\_

\* Adjuntar fotocopia completa con datos y firma legible

## B. Datos Laborales del Solicitante

14. Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

15. Dirección laboral: \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_

16. Teléfono: \_\_\_\_\_

17. Descripción exacta del cargo en la empresa: \_\_\_\_\_

18. Facturar: **FORMA DE PAGO:**  Pago en banco Débito automático de:  
Frecuencia de pago:  Mensual  Tarjeta de crédito  
 Trimestral  Cuenta monetaria  
 Semestral (Adicional completar formulario del banco o emisor de tarjeta )  
 Anual  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo al emisor de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria identificada a continuación, a debitar las cuotas que pagan el seguro, sin limitación u objeción.

Tarjeta o cuenta a nombre de \_\_\_\_\_

No. tarjeta o cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento de la tarjeta (Solo para tarjetas de crédito): \_\_\_\_\_ Autorizo a la empresa emisora de la tarjeta o al banco: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma del tarjetahabiente / cuentahabiente

### DATOS PARA SU FACTURA

Emitir factura a nombre de: \_\_\_\_\_ NIT.: \_\_\_\_\_

Dirección fiscal: \_\_\_\_\_

Su factura le será enviada al correo electrónico indicado en la primera hoja, por lo que es un dato indispensable.

## C. Beneficios

19. Seleccione su plan:

Seguro de vida y gastos médicos

Plan hospitalario  Plan 1  Plan 2

### Coberturas adicionales

Seguro de vida cónyuge

Sí  No

Cobertura Dental (una vez contratada la cobertura no puede ser removida)

Sí  No

**FAMILIARES DEPENDIENTES:** (Si desea cobertura de gastos médicos para ellos)

NOMBRES COMPLETOS	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	ESTATURA	PESO	SEXO
	DÍA	MES	AÑO		MTS.	LBS.	M/F
Cónyuge:							
*Hijos:							

\*Anotar nombres completos de los dependientes

**DATOS LABORALES DEL CÓNYUGE:**

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

\* Si uno de sus hijos es menor de un año, adjuntar informe de su pediatra (pedir formulario a su agente).  
Únicamente se aceptará el informe en formato establecido por la compañía.

**D. DECLARACIÓN DE SALUD**

(Marque todas las preguntas, que apliquen para usted o alguno de sus dependientes)

PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz, garganta?		
2. ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia, apoplejía?		
3. ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectorar sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño?		
4. ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas, bloqueo y/o arritmia cardíaca?		
5. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto o ano?		
6. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uretra y órganos reproductivos?		
7. ¿Enfermedades de la tiroides, trastornos de la glándula tiroides u otro trastorno endocrinólogo. Diabetes, dislipidemia e hiperuricemia?		
8. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?		
9. ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastorno de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cadera, espina dorsal, columna vertebral, la espalda, las articulaciones, discos intervertebrales?		
10. ¿Trastorno de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer, manchas y acné?		
11. ¿Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea y sistema linfático, hepatitis B, hepatitis C, lupus y otras enfermedades auto inmunes y de la colagena?		
12. ¿Enfermedades por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultados positivos de anticuerpos SIDA?		



13. ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?														
14. Además de lo antes mencionado, durante los últimos cinco años 1) ¿Ha consultado a un médico durante los últimos 12 meses? 2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución? 3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica? 4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha realizado?														
15. ¿Ha aumentado o disminuido su peso en más de 15 libras en los últimos 2 años? Si es así indique la cantidad de libras y la causa														
16. ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinaciones (incluyendo la marihuana, narcóticos o cualquier otra droga) estupefacientes y/o psicotrópicos que alteren su estado mental y/o físico y que produzca hábito?														
17. ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?														
18. ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?														
19. ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental, especifique quién?														
20. ¿Cualquier enfermedad o malformación congénita?														
21. ¿Ha sido sometido a algún procedimiento de cirugía plástica en cualquier etapa de su vida?														
22. ¿Usted o cualquiera de los miembros de su familia fuma actualmente o ha fumado cigarrillos, consume ahora o ha consumido alcohol u otras drogas? Especifique:														
23. ¿Practica usted o alguno de sus familiares dependientes montañismo, carrera de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad peligrosa? Especifique:														
24. ¿Ha sido o piensa ser, piloto o miembro de la tripulación de un avión particular?														
<b>SOLO PARA MUJERES (Titular, cónyuge e hijas dependientes)</b>														
25. ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?														
26. ¿Operación cesárea, cirugía de útero, ovarios, trompas, vagina?														
27. ¿Se encuentra embarazada? (si se encuentra, favor indicar fecha en que espera el alumbramiento)														
28. ¿Padece o ha padecido de quistes, fibromas, endometriosis?														
29. ¿Fecha de su última menstruación?														
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">NOMBRE QUIEN APLICA</th> <th style="width: 15%;">DÍA</th> <th style="width: 15%;">MES</th> <th style="width: 10%;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			NOMBRE QUIEN APLICA	DÍA	MES	AÑO								
NOMBRE QUIEN APLICA	DÍA	MES	AÑO											

30. Indique los seguros de vida y gastos médicos que tenga en vigor o en trámite y además los seguros médicos que ha tenido

ASEGURADORA	FECHA DE EMISIÓN	MONTO DEL SEGURO DE VIDA	BENEFICIOS MAX. GASTOS MÉDICOS	PERSONA POR ASEGURAR	CÓNYUGE	HIJOS

31. ¿Reemplaza este seguro alguna otra póliza actualmente en vigor? SÍ  NO

Especifique, cual: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_

Fecha alta: \_\_\_\_\_ Fecha baja: \_\_\_\_\_

**PREGUNTA**

---

32. ¿Desea traslado de Preexistencia? **SÍ**  **NO**  Consulte a su corredor o intermediario los requisitos que debe presentar.

33. ¿A usted o a cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, les han sido rechazadas, aplazadas, modificadas, aumentadas las tarifas, en alguna solicitud de seguro, de renovación, de rehabilitación o de cambio de póliza de seguro de vida, accidente o médico?, **SÍ**  **NO**  por favor detalle:

NOMBRE A QUIEN APLICA	COMPAÑÍA	FECHA	TIPO DE SEGURO	RAZÓN

34. ¿Ha reclamado usted o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, como beneficiarios de póliza de accidentes o médicos por invalidez? **SÍ**  **NO**  por favor detalle:

NOMBRE A QUIEN APLICA	COMPAÑÍA	FECHA	CANTIDAD RECIBIDA	CAUSA

35. ¿Se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado a ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? **SÍ**  **NO**  por favor detalle:

NOMBRE A QUIEN APLICA	DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTO	DÓSIS	TRATAMIENTO

Fecha de inicio del tratamiento (día, mes y año): \_\_\_\_\_

Tratamiento actual: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y teléfono de su médico familiar: \_\_\_\_\_

Si cualquiera de las respuestas fue afirmativa, para usted o alguno de sus dependientes, detalle a continuación:

Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia y/o tratamiento	Fecha de tratamiento
Duración	Nombre del médico y/o hospital	Condición actual de la dolencia	
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia y/o tratamiento	Fecha de tratamiento
Duración	Nombre del médico y/o hospital	Condición actual de la dolencia	
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia y/o tratamiento	Fecha de tratamiento
Duración	Nombre del médico y/o hospital	Condición actual de la dolencia	
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia y/o tratamiento	Fecha de tratamiento
Duración	Nombre del médico y/o hospital	Condición actual de la dolencia	

### E. CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente, solicito a la compañía de seguros Aseguradora General, S.A. la protección de seguro por la(s) cantidad(es), forma(s) por las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el contrato de seguro emitido al contratante y autorizo a éste a que haga el cargo de la cantidad requerida, para cubrir mi cuota de las primas. Me reservo a revocar la autorización para dicho cargo en cualquier tiempo mediante aviso escrito al contratante. Declaro que en lo que concierne a mi persona, si me encontrara amparado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con los mismos beneficios que solicito al respecto a hospitalización, cirugía y atención médica, no obstante a ello, manifiesto mi anuencia a participar en los planes de seguro de vida, gastos médicos y dentales de Aseguradora General, S.A.

#### BENEFICIARIOS DEL TITULAR

En caso de ser aceptada mi solicitud de seguro, nombro como beneficiarios de mi cobertura de vida:

NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS	PARENTESCO	PORCENTAJE

#### BENEFICIARIOS DEL CÓNYUGE (si contrata seguro de vida)

NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS	PARENTESCO	PORCENTAJE

Queda entendido y convenido que: Aseguradora General, 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. Por este medio autorizo a cualquier médico practicante, hospital, clínica o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre mí, mi cónyuge o sobre mi salud, la de mi cónyuge o la de mis hijos, para que divulguen esa información a Aseguradora General, S.A. o a sus reaseguradores, en el momento en que la compañía lo considere necesario para evaluar de mi grupo familiar el seguro de vida, el seguro de gastos médicos, plan dental o cualquier otro beneficio que ofrezca bajo el presente programa, relevándolos del secreto profesional, aún si esta información fuese requerida, posteriormente a mi fallecimiento o de alguno de mis dependientes. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Asimismo la compañía puede solicitar que yo o algunos de mis dependientes se sometan a ciertas pruebas consideradas necesarias para evaluar esta solicitud de seguro. Tales pruebas incluirán, pero no se limitarán a informe de análisis de orina, electrocardiogramas, radiografías de torax y pruebas sanguíneas para colesterol, lípidos en sangre, diabetes, infección, por el virus del SIDA y trastornos hepáticos y renales. Si se requiere un reporte de inspección sobre mi persona o algunos de mis dependientes, solicito ser entrevistado.

En mi calidad de asegurado titular, esta autorización se extiende para todos mis dependientes que solicitan cobertura dentro de la presente solicitud, ya sean menores o mayores de edad. Esta solicitud de seguro forma parte de la póliza MEDIFLEX. Entiendo que todos los rubros de esta solicitud deben ser completados o contestados. En caso contrario, la solicitud no podrá ser procesada y será devuelta como incompleta. De acuerdo a lo establecido en los artículos 9, numeral 1 y 64 de la Ley de Acceso a la Información Pública; 19, 21, 22, 28 y 46 de la Ley Contra el Lavado de Dinero y otros Activos; 12 y 20 de su reglamento; 50, 55, 56 y 58 de la Ley de Bancos y Grupos Financieros, autorizo a las empresas que distribuyen o comercializan con datos personales, para que puedan adquirir de cualquier entidad y proporcionar a Aseguradora General, S.A. estudios que muestren información concerniente a mi persona y/o mis dependientes si procede a efecto que Aseguradora General, S.A. pueda verificar la información proporcionada para tramitar mi solicitud y/o verificaciones relacionadas con este negocio.


Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del cónyuge  
(solo si hay cobertura de seguro de vida)

\_\_\_\_\_  
Nombre del intermediario  
de seguro

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

  
\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge  
(solo si hay cobertura de seguro de vida)

\_\_\_\_\_  
Firma y código del intermediario  
de seguro

Correo electrónico agente: \_\_\_\_\_ Tel. Agente: \_\_\_\_\_