

## FORMULARIO DE INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES, PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL

Esta solicitud de Inclusión de Dependiente es de uso confidencial, la cual será utilizada para los efectos de la contratación del seguro de Seguros G&T, S.A. y debe ser completada por el Titular de la Póliza con letra de molde clara y con tinta de un solo color o en formato digital. Por favor no dejar preguntas ni espacios sin responder. Esta solicitud de Inclusión de Dependiente no podrá ser válida si se presenta con tachones, enmiendas, y no se aceptan cambios posteriores a lo declarado toda vez la solicitud sea entregada a la Aseguradora. Seguros G & T, S.A. se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o ampliación de la información declarada en esta solicitud.

Producto: _____	Póliza No. _____
Nombre Completo del Titular de la póliza: _____	

### I. DATOS DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES

Nombres y apellidos completos	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado civil	Estatura	Peso
	(Cónyuge/Hijos)	F/M	Día/Mes/Año		Soltero/Casado	Cms.	Lbs.

**Nota importante:** Para las solicitudes de inclusión de dependientes que son recién nacidos bajo maternidad cubierta y/o elegible, que ingresen documentación en los primeros treinta días (30) días de nacidos no aplica el llenado de la sección II, (30 días calendario).

### II. CUESTIONARIO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Marque SI o NO escribiendo en la casilla correspondiente con una X o un ✓ si aplican las enfermedades indicadas en el cuadro siguiente al lado (información del dependiente). <b>IMPORTANTE: después del cuestionario encontrará donde ampliar las respuestas afirmativas.</b>	Dependiente (s)		Dependiente a quien Aplica
1. Enfermedades del corazón o del aparato circulatorio (dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, vasos arteriales, venas varicosas, soplo en el corazón, arritmia cardiaca)	SI	NO	
2. Enfermedad Respiratoria o Pulmonar (falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño).	SI	NO	
3. Enfermedad del estómago, esófago, intestinos, colon, páncreas y/o hígado (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).	SI	NO	
4. Enfermedad de los riñones y/o del tracto urinario (Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uréteres, uretra )	SI	NO	
5. Padecimientos de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, artritis, gota, u otros padecimientos de los músculos o huesos (Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática, lesiones óseas, espalda, articulaciones, discos intervertebrales)	SI	NO	

6.	Cáncer, linfoma o leucemia (Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer, manchas y acné).	SI	NO
7.	Enfermedad de la sangre (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 colágena)	SI	NO
8.	Enfermedades de la tiroides, trastornos de la glándula tiroides u otro trastorno endocrínologo o metabólico (Diabetes, colesterol y/o triglicéridos, ácido úrico elevados).	SI	NO
9.	Enfermedad de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo, enfermedades venéreas.	SI	NO
10.	Problemas de la visión, del oído, de audición, de la nariz o la garganta.	SI	NO
11.	Padecimientos, enfermedad o malformación congénita o hereditaria.	SI	NO
12.	Enfermedades vasculares cerebrales o desórdenes neurológicos (Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, migrañas, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, apoplejía, embolia, trombosis).	SI	NO
13.	Discapacidad, amputación o menoscabo físico de algún miembro o remoción de algún órgano, deformación, cojera.	SI	NO
14.	Ha sido sometido a algún procedimiento de cirugía plástica en cualquier etapa de su vida	SI	NO
15.	Enfermedad por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus SIDA?	SI	NO
16.	Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente.	SI	NO
17.	Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años:		
	1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	SI	NO
	2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución?	SI	NO
	3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	SI	NO
	4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	SI	NO
18.	Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, Ansiolíticos, Antidepresivos, inductores del sueño.	SI	NO
19.	En algún momento ¿ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO
20.	Ha sido receptor o donador de órganos? o ¿Piensa donar órganos? ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?	SI	NO
21.	¿Le han hecho radioterapia y/o quimioterapia?	SI	NO
22.	¿Ha aumentado o disminuido su peso en más de 15 libras en los últimos 2 años? (Si es afirmativa su respuesta, indique la cantidad de libras y la causa)	SI	NO
23.	¿Tiene historia familiar (padres, hermanos) de diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedad cardiaca, mental o renal, congénito o hereditario? (Indique el familiar y padecimiento al que se refiere)	SI	NO
<b>Preguntas exclusivas para solicitantes femeninas nombradas en esta solicitud</b>			
<b>Fecha de su última menstruación Día _____ Mes _____ Año _____</b>			
24.	¿Padece, ha padecido, o ha tenido síntomas relacionados a enfermedad de los ovarios, de la matriz o de las glándulas mamarias? (menstruación, endometriosis, problemas de los senos, quistes, metrorragias)	SI	NO
25.	¿Está embarazada? (En caso afirmativo indicar fecha en que se espera el alumbramiento)	SI	NO
26.	¿Le han practicado legrados o cesáreas?	SI	NO
27.	¿Se ha sometido o piensa someterse a un tratamiento de infertilidad?	SI	NO

HÁBITOS DE SUS DEPENDIENTES						
28.	¿Practica algún deporte o afición? (Alpinismo, carreras de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad o deporte considerados de alto riesgo o peligrosos) Indique cuál:	SI	NO			
29.	¿Viaja en forma frecuente en aeronaves privadas o en motocicleta? Indique la frecuencia:	SI	NO			
30.	¿Ha fumado cigarrillos o tabaco, o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si respondió "SI" explique:	SI	NO			
Nombre completo: _____						
Tipo: _____ ¿Cuánto tiempo? _____						
Cantidad diaria _____						
Pregunta	Nombre a quien aplica	Diagnóstico	Fecha	Duración	Médico Tratante	Hospital o Clínica

### III. AUTORIZACIÓN

Queda entendido y convenido que:

Seguros G & T, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Así mismo, podrá solicitar cualquier información adicional, examen médico y/o exámenes médicos a costo del Solicitante.

1. Aceptada la presente Solicitud de Inclusión de Dependiente de Seguro por la Aseguradora, la fecha de Inicio de cobertura para los dependientes a incluir será la indicada en la Carátula de la Póliza.

2. Las respuestas y declaraciones hechas en la presente solicitud para mis Solicitantes dependientes, se tendrán por completas, y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento; y queda comprendido y aceptado que la omisión, falsa o inexacta declaración hecha en la presente solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.

3. Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud de Inclusión de Dependiente, autorizo:

a. 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 Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí y/o mis dependientes, sin limitación alguna.

b. A la Aseguradora 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.

4. Este documento constituye una solicitud, por lo que no representa garantía alguna de aceptación por la Aseguradora; y en caso de aceptación, la Aseguradora determinará los términos de la misma.

5. La Aseguradora tendrá treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de recepción de esta solicitud en las oficinas de la Aseguradora 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 Aseguradora.

6. Esta solicitud ha sido completada en su totalidad por el Titular de la Póliza arriba descrita.

7. El cobro adicional por esta cobertura será aplicado al medio de pago seleccionado en el número de póliza contratada por el titular.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Asegurado Titular.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular

Fecha y lugar de firma: \_\_\_\_\_

**Nota:**

- Si el canal de venta es por medio telefónico, no se tendrá firma física.
- Este documento puede ser aceptado y firmado electrónicamente en base a la Ley para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## SOLICITUD DE COBERTURA DE VIDA PARA CÓNYUGE, PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL

Número de la póliza a la cual me adhiero: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a la póliza: \_\_\_\_\_

<b>DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE</b>	
Nombres: _____	Apellidos: _____
Sexo F ( ) M ( ) DPI: _____ Extendido en: _____	
Lugar y fecha de Nacimiento: _____	
Correo electrónico: _____	
Es o ha sido en los últimos dos años PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA -PEP- SI ( ) NO ( )	
Tiene parentesco o está relacionado con una PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA -PEP- SI ( ) NO ( )	
Suma asegurada a contratar: _____	

### BENEFICIARIOS

<b>En caso de ser aceptada mi solicitud, nombro como Beneficiarios del seguro de Vida a:</b>		
La designación debe de sumar 100%		
<b>Nombres y apellidos completos</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>PRIMEROS BENEFICIARIOS</b>		
<b>Nombres y apellidos completos</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SEGUNDOS BENEFICIARIOS</b>		

### AUTORIZACIÓN

Otorgo mi consentimiento a Seguros G&T, S.A. que, de ser elegido como asegurado, mi póliza de seguro sea entregada de forma digital a través del correo electrónico registrado en el apartado de datos.

Para efectos de aceptación de mi contratación de seguro de vida, declaro que: Mi estado actual de salud es bueno; no padezco de enfermedades congénitas o afecciones cardiovasculares, SIDA y/o VIH, hipertensión arterial, cáncer, ni diabetes y en la actualidad no sufro de enfermedades agudas o crónicas, afecciones o adicciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente, o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma causal o consecencial.

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.

El cobro adicional por esta cobertura será aplicado al medio de pago seleccionado en el número de póliza en el cual me adhiero.

Firma del titular asegurado: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar: \_\_\_\_\_

**Nota:**

- Este documento puede ser aceptado y firmado electrónicamente en base a la Ley para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.