

SOLICITUD DE TRASLADO PARA SEGURO DE GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL

Seguros G&T, Sociedad Anónima

Nombres y Apellidos del Asegurado:

DPI No.:

Fecha de Nacimiento:

Estado Civil:

Dirección:

Municipio:

Departamento:

Teléfono:

Ocupación:

NIT:

Numero de Póliza y Certificado de Donde se Traslada:

Correo Electronico:

Designación de Dependientes:

Parentesco:

Designación de Beneficiarios Para Seguro de Vida:

Parentesco:

% designado (del 100%)

Plan de Seguro Contratado:

Fecha de Inicio de Vigencia Solicitada:

Suma Asegurada o Máximo Vitalicio:

Fecha de Vencimiento de Vigencia:

Datos Para Pago de Prima:

Forma de Pago:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Autorizo a:

para que descuento durante la vigencia de este seguro, el valor de las primas de la opción seleccionada:

G&T en línea

No. De cuenta

Cheque

Pago a la orden de: Seguros G&T, S.A.

Tarjeta de crédito o débito

No. De Tarjeta

Fecha de expiración:

Datos Para Transferencia de Pago de Reclamos:

Banco:

No. de Cuenta:

Nombre de la Cuenta:

Tipo de Cuenta (ahorro o monetaria):

Declaración de Salud (marque con una "X")

A. Padece de alguna enfermedad actualmente

NO

SI

Si su respuesta es "SI" indique cual: _____

B. En los últimos meses ha estado bajo tratamiento médico

NO

SI

Si su respuesta es "SI" indique cual: _____

C. Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo o actividad

NO

SI

Si su respuesta es "SI" indique cual: _____

D. Ha Padecido de COVID 19

NO

SI

Si su respuesta es "SI" indique Fecha de padecimiento: _____

Queda entendido y convenido que Seguros G&T, S. A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro, quedando como obligación de la Compañía únicamente la devolución de primas; y autorizo a los médicos y/o hospitales que me han atendido a suministrar los datos que posean de mi estado de salud.

Seguros G&T, S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso en que esta declaración no corresponde a la verdad. La prestación de las Atenciones Médicas de primer nivel se realizarán siempre y cuando el seguro respectivo se encuentra en vigor.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMATIZA DEL CONTRATO, SE ENTENDERÁ QUE EXISTE MORA CUANDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DE FINALIZADO CADA PERIODO MENSUAL, AMPARADO NO HUBIERE SIDO PAGADA LA PRIMA DE SEGURO CORRESPONDIENTE AL SIGUIENTE PERIODO.

Manifiesto que conozco y acepto las condiciones de la Póliza que se adjunta a esta Solicitud y Carátula y, declaro que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA; o bien que mi habilidad física se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadraplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, apoplejia, ataque de delirium tremens, síncope, vértigo o enfermedades mentales.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento.

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE.

Se firma la presente solicitud, en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

F. _____

REPRESENTANTE LEGAL

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.

F. _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

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