

**SOLICITUD DE SEGURO
PLANES DE VIDA INDIVIDUAL**

DATOS CANDIDATO DEL SEGURO DE VIDA				
Primer apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada	Nombres	
País de Nacimiento	País de Residencia	Nacionalidad	Fecha de nacimiento	
			DD / MM / AAAA	
Estado Civil	Sexo	Documento de Identificación DPI o () Pasaporte	NIT	
Soltero () Casado ()	F M	No. de documento:		
Dirección: Calle/ Avenida / Número		Zona/ Municipio/Departamento	Seleccione tipo de dirección	
1			Domicilio Cobro	
2			Domicilio Cobro	
Numero de Telefono	Número de celular	Correo Electrónico		
Ocupación actual:		Descripción de funciones y actividades	Otras Ocupaciones	
Fuente de Ingresos	Monto de ingreso Anual	Nombre de la empresa y Naturaleza del negocio	Dirección	Teléfono
Salario				
Negocio				
Otros				
Total				
Según corresponda responder las siguientes preguntas				
Es o ha sido en los últimos dos años PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE -PEP-			Si () No ()	
Tiene parentesco o está relacionado con una PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE -PEP-			Si () No ()	
Es o ha sido en el último año, Contratista o Proveedor del Estado -CPE-			Si () No ()	
Es residente o Ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica			Si () No ()	
En caso afirmativo indique si es : Residente () Ciudadano()				
Número de Green Card o Social Security: _____				
En los últimos 4 años a tenido adjudicaciones iguales o mayores a los Q.900 mil Si () NO ()				
Si ha respondido afirmativamente a alguno de los enunciados anteriores, deberá de completar los formularios correspondientes.				

DATOS DEL PLAN DE SEGURO A CONTRATAR				
Nombre del plan:		Coberturas y beneficios	Suma Asegurada	Frecuencia de pago de prima
		Muerte por cualquier Causa		Anual ()
Moneda	Q () USD ()	Muerte accidental y desmembración		Semestral ()
Prima inicial:		Capital por invalidez total y permanente		Trimestral ()
Plazo (si aplica)		Exoneración del pago de prima		Otro:
() Años		Otro:		
MEDIO DE PAGO DE LA PRIMA				
Débito a Cuenta G&T Ahorro() Monetario ()		No. de Cuenta		
Cheque ()		Pago a Orden de Seguros G&T, S.A.		
Tarjeta Crédito () Débito () No. de tarjeta		Banco emisor:	Fecha de Expiración	
VISA CUOTAS/ CREDICUOTAS Por favor llenar el formulario correspondiente				
Datos del responsable de pago (si es diferente al candidato propuesto)				
Razón Social (en caso sea persona jurídica):			Fecha de constitución:	
Primer apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada	Nombres	
Fecha de nacimiento	País de Nacimiento	Sexo	NIT	
DD/MM/AAAA		F M		
Documento de Identificación () DPI o () Pasaporte		Teléfono	Correo Electrónico	
No. de documento:				

BENEFICIARIOS

Los beneficios netos del Seguro deben pagarse en la forma siguiente:

Beneficiarios Primarios (La suma de los porcentajes debe sumar 100%)

Nombres y Apellidos Completos	Parentesco	Porcentaje de pago

Beneficiarios Secundarios (La suma de los porcentajes debe sumar 100%)

Nombres y Apellidos Completos	Parentesco	Porcentaje de pago

DECLARACIÓN DE SALUD**CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO FÍSICO**

Nombre de su médico actual o del que haya consultado recientemente		Peso _____ lb Estatura _____ mts.
Nombre y Apellido _____	Teléfono: _____	Ha variado su peso en el último año Sí () NO () Llenar si su respuesta anterior fue positiva Aumento ___ lbs o Disminuyó ___ lbs Causas y tratamiento llevado: _____

Indicar si ha sido tratado, padece o ha padecido las siguientes enfermedades o trastornos: contestar "SI" o "No" y las respuestas afirmativas deberá detallarlas ampliamente en el espacio disponible

1	Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas: diarrea frecuente, ganglios linfáticos inflamados, lesiones extrañas en la piel, o cualquier otro síntoma o malestar que le haga sospechar de enfermedad	Si () No ()	18	Ha sido diagnosticado con VIH/SIDA, hepatitis B, C, o enfermedades de transmisión sexual.	Si () No ()
2	Tiene algún enfermedad congénita, defecto físico o le falta algún miembro o parte de él	Si () No ()	19	Anemia, leucemia, hemofilia, o cualquier trastorno de la sangre, bazo o sistema vascular. ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados? (en caso afirmativo ampliar motivo y fecha)	Si () No ()
3	Asma, enfisema, tuberculosis u otras enfermedades respiratorias	Si () No ()	20	¿Le han hecho alguna vez radioterapia o quimioterapia?	Si () No ()
4	Enfermedades cardiovasculares, arritmia, infarto, hipertensión arterial, arteriopatías o flebopatías, u otras.	Si () No ()	21	¿Fuma usted habitualmente tabaco (cigarro, puro, pipa u otro)? Si es así, indique la cantidad diaria:	Si () No ()
5	Gastritis, úlceras, pólipos, hemorroides, u otras enfermedades gastrointestinales	Si () No ()	22	Cigarro () Puro () Pipa () Rape ()	
6	Enfermedad del hígado, páncreas, vesícula.	Si () No ()	23	¿Ha fumado en el pasado?	Si () No ()
7	Cualquier forma de tumor sea benigno o maligno, cualquier forma de cáncer.	Si () No ()		Durante cuánto tiempo : _____ Hace cuanto tiempo lo dejó: _____	
8	Epilepsia, parálisis, accidentes vasculares cerebrales, esclerosis u otras.	Si () No ()	24	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Si () No ()
9	Artritis, enfermedades de la columna, o cualquier otro padecimiento del sistema músculo esquelético	Si () No ()		Clase _____ Cantidad _____ Desde cuándo? _____	

10	Enfermedades de los ojos, oídos, nariz y garganta. (no incluya corrección de la visión por medio de lentes)	Si () No ()	25	¿Ha consultado a algún médico durante los últimos tres años?	Si () No ()
11	Enfermedades del aparato urinario (riñones, vejiga, uretra o uréteres)	Si () No ()	DATOS ADICIONALES SI EL CANDIDATO PROPUESTO ES MUJER		
12	Enfermedades de la tiroides, obesidad, colesterol y triglicéridos elevados, trastornos hormonales, diabetes, gota u otras.	Si () No ()	26	¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo, trastornos de útero, ovarios, hemorragias, masas en senos, complicaciones en parto(s), abortos o cualquier otro trastorno ?	Si () No ()
13	Tratamientos psicologico o psiquiatrico, depresión, tentativas de suicidio, drogadiccion o alcoholismo.		27	¿Está embarazada? Indique en qué semana de gestación está actualmente:	Si () No ()
14	Ha sido tratado, padece o ha padecido de cualquier otra enfermedad o tratamiento distinto a los mencionados	Si () No ()	28	¿ Se ha realizado estudios diagnóstico de Mamografía, Papanicolau o algún chequeo ginecológico en el último año? (Especifique en ampliación de información el nombre del estudio, fechas, resultado).	Si () No ()
15	¿Usa o ingiere actualmente algún medicamento prescrito por médico o automedicado ?	Si () No ()	DATOS ADICIONALES SI EL ASEGURADO PROPUESTO ES HOMBRE MAYOR DE 50 AÑOS		
16	¿Ha interrumpido su actividad u ocupación habitual por enfermedad o accidentes, por más de tres semanas seguidas, durante los últimos cinco años?	Si () No ()	29	¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo, prostatitis, hiperplasia prostática benigna, cáncer de próstata u otros? (En caso afirmativo especifique en ampliación de información fecha y resultado)	Si () No ()
17	¿Le han practicado estudios clínicos (análisis de laboratorio, electrocardiograma, rayos X, pruebas de esfuerzo o cualquier otro examen diagnóstico)? (sin incluir chequeos médicos de rutina o preventivos)	Si () No ()	30	¿Se ha realizado algún estudio, laboratorio o evaluación médica de próstata en los últimos dos años? (En caso afirmativo amplíe fecha y resultado)	Si () No ()
Ampliación de información					
	Número de Pregunta	Nombre la enfermedad, sintoma, examen o medicamento	Médico tratante	Fecha	Estado actual / Resultado / tratamiento/ complicaciones o consecuencias.
1					
2					
3					
4					
5					
Indicar procedimientos u hospitalizaciones que haya tenido o que tenga programado realizarse.					
	Motivo de la hospitalización o procedimiento	Médico tratante	Fecha	Estado actual y/o complicaciones	
1					
2					
3					
4					

MOTIVO DE CONTRATACIÓN Y OTROS SEGUROS					
Motivo de la actual propuesta de seguro:					
Protección familiar		Protección financiera		Garantía de crédito	
Ampliación del motivo:					
Otro :					
Seguros Vigentes (Cobertura personal): en caso de muerte, invalidez, accidentes y gastos médicos.					
Compañía		Cobertura	Suma Asegurada		Año de emisión
Indicar si en el pasado se le han rechazado, aplazado o se le han aceptado con recargos (por condiciones de salud u ocupación) solicitudes para un seguro de vida, de enfermedades graves, accidentes, asistencia a largo plazo o gastos médicos.					
Está tramitando otros seguros de cobertura personal Si () No () en caso de respuesta afirmativa ampliar:					
Compañía		Cobertura	Suma Asegurada		Estatus
Antecedentes Familiares <i>En caso de haber fallecido</i>					
Parentesco		Edad actual	Edad de fallecimiento	Causa de Fallecimiento	
Padre					
Madre					
Hermanos					
Hermanas					
¿Se han diagnosticado o presentado en su familia (hijos, abuelos o nietos): tumores malignos, enfermedades cardíacas, tuberculosis, diabetes, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, enfermedad neuromotriz, alcoholismo, suicidio, epilepsia u otras enfermedades nerviosas, mentales o enfermedades hereditarias? Amplie:					
Antecedentes de Asegurabilidad					
Deportes o aficiones	Si/No	Frecuencia		Si/No	Frecuencia
Alpinismo/Montañismo			Esquí acuático		
Automovilismo			Esquí de nieve		
Buceo			Cacería		
Motociclismo			Piloto de aviones		
Equitación			Otros		
Paracaidismo			Desea Cubrir el(los) riesgos(s) de estos deportes/aficiones		
Vuelos Privados					
Otros Antecedentes				Si/No	Amplie

¿Planea usted vivir fuera del país en los próximos 12 meses ?		
¿Ha sido arrestado o multado por conducir un vehículo bajo la influencia de alcohol y/o drogas?		
En el pasado se le han rechazado, aplazado o se le han aceptado con recargos (por condiciones de salud u ocupación) solicitudes para un seguro de vida, de enfermedades graves, accidentes, asistencia a largo plazo o gastos médicos.		
Actualmente se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajo		

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 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 de La Compañía lo considere oportuno, inclusive después del 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.

1. Autorizo voluntariamente que la información recopilada y/o proporcionada por entidades públicas o privadas y la generada de relaciones contractuales, crediticias o comerciales, sea reportada a centrales de riesgo o burós de crédito para ser tratada, almacenada o transferida; y autorizo expresamente a las entidades que prestan servicios de información, centrales de riesgo y burós de crédito, a recopilar, difundir o comercializar reportes o estudios que contengan información sobre mi persona.

2. Al firmar el presente documento:

(i) Certifico que lo anteriormente declarado es cierto y que conozco las consecuencias legales de no ser cierto lo afirmado en este documento;

(ii) Me obligo a completar y firmar todos los formularios FATCA que me correspondan y/o sean aplicables, en caso si sea una persona afecta a FATCA;

(iii) Libero a la institución financiera que me ha presentado el presente documento, de toda responsabilidad que se pueda derivar de la información aquí consignada y me obligo a mantenerla libre e indemne para tal efecto;

(iv) Me ha sido explicado íntegramente el contenido y alcances de lo declarado en el presente documento, así como las razones por las cuales se requiere el mismo;

(v) Me comprometo a informar de inmediato a esta institución financiera cuando se produzca cualquier cambio en la información consignada en este documento;

(vi) Autorizo a Grupo Financiero G&T Continental y cualquiera de las entidades que lo componen para que reporten todo tipo de información y cumplan con las demás obligaciones legales y/o contractuales, derivadas de la implementación de legislación FATCA o de cualquier otra normativa aplicable.

(vii) 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.

Lugar y fecha: _____ Firma del Solicitante : _____

Por variación de firma declaró lo siguiente:

1. Que la firma que calza en mi Documento Personal de Identificación, ha variado en el transcurso del tiempo.
2. Que a la fecha, utilizo una firma distinta, la cual se hará constar en la presente solicitud, junto con las posibles variables, las cuales no son significativas o tienen mayor variación entre sí

Firma del Solicitante : _____

INFORME COMPLEMENTARIO DEL AGENTE

¿Cuánto tiempo hace que usted conoce al solicitante? _____

Si el solicitante es referido, indicar la referencia _____

¿Le consta a usted que su cliente firmó esta solicitud? Si () No ()

¿Recomienda usted a su cliente: tanto por su aspecto saludable como por su moralidad y reputación Si () No ()

¿Solicita su cliente este seguro para abandonar alguna otra póliza por esta Compañía Si () No ()

Teléfono en caso de emergencia _____ Calificador de persistencia

Código de Agente _____ Nombre _____

Firma _____

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.