

**SOLICITUD DE SEGURO
PLANES DE VIDA INDIVIDUAL**

DATOS SOLICITANTE 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	
Número de Teléfono	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	
CUOTAS CON TARJETA DE CRÉDITO (Llenar el formulario correspondiente)				
Datos del responsable de pago (si es diferente al solicitante)				
Razón Social (en caso sea persona jurídica):			Fecha de constitución:	
Primer apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada	Nombres	
Dirección: Calle/ Avenida / Número		Zona/ Municipio/Departamento	Seleccione tipo de dirección	
			Domicilio Cobro	
Fecha de nacimiento	País de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	NIT
		F M	Soltero () Casado () Otro ()	
DD/MM/AAAA				
Documento de Identificación () DPI o () Pasaporte No. de documento:		Teléfono		Correo Electrónico

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

CUESTIONARIO DE SALUD

El cuestionario a completar dependerá de los criterios establecidos por la Compañía

--

MOTIVO DE CONTRATACIÓN Y OTROS SEGUROS

Motivo de la actual propuesta de seguro:

Protección familiar	<input type="checkbox"/>	Protección financiera	<input type="checkbox"/>	Garantía de crédito	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Ampliación del motivo:

Otro :

**Seguros Vigentes
(Cobertura personal):
en caso de muerte,
invalidez, accidentes
y gastos médicos.**

Compañía	Cobertura	Suma Asegurada	Año de emisión

Está tramitando otros seguros de cobertura personal Si () No () en caso de respuesta afirmativa ampliar:

Compañía	Cobertura	Suma Asegurada	Estatus

Antecedentes Familiares

En caso de haber fallecido

Parentesco	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	Sí	No	Frecuencia	Sí	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					Sí	No	Amplie
¿Viaja como pasajero en aviones militares o privados?							
¿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 ()

Código de Agente _____ Nombre _____

Firma _____

***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.