

Solicitud para Seguro Masivo de enfermedades graves

Nombres y apellidos		Documento de identificación
Fecha de nacimiento	NIT	Fecha de solicitud
Dirección domiciliar		Número de teléfono y/o celular
Correo electrónico		Plan
Medio de pago: Cuenta de ahorro () Cuenta monetaria ()		
Tarjeta de crédito ()	Periodicidad de pago	
Número de cuenta o Tarjeta _____		
Fecha de vencimiento de la tarjeta _____		

Responda las preguntas de forma veraz, precisa y completa. Recuerde, que si omite algún tipo de información o proporciona información engañosa, podría implicar que su reclamación no sea aceptada y por consiguiente no se le brinde cobertura.

Si alguna de las respuestas resulta ser afirmativa, esto impediría la aprobación de la solicitud.

1. ¿ Le han diagnosticado o ha recibido tratamiento por?		
a. Ataque cardíaco, dolor en el pecho, cualquier trastorno de válvulas cardíacas, fibrilación auricular, soplo, enfermedad de las arterias coronarias, presión arterial alta y/o cualquier otra enfermedad o trastorno del corazón	Si	No
b. Tumor o crecimiento, cáncer, enfermedad de Hodgkin, leucemia o linfoma.	Si	No
c. Accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio (AIT), epilepsia o trastorno convulsivo.	Si	No
d. Diabetes, prediabetes, resistencia a la insulina o síndrome metabólico.	Si	No
e. Enfermedad renal poliquística, infección renal crónica o cualquier otra enfermedad renal.	Si	No
f. Hepatitis, cirrosis o cualquier otro tipo de enfermedad hepática.	Si	No
g. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema, sarcoidosis, fibrosis quística, fibrosis pulmonar, enfermedad	Si	No

pulmonar intersticial o cualquier otra enfermedad pulmonar crónica o problema respiratorio.		
h. Esclerosis múltiple, lesión de médula espinal, parálisis cerebral, enfermedad de la neurona motora, esclerosis lateral amiotrófica (ELA o enfermedad de Lou Gehrig)	Si	No
2. ¿Tiene conocimiento de algún signo, síntoma o queja por la cual aún no ha consultado a un proveedor de atención médica o no ha recibido tratamiento?	Si	No
3. Está usted actualmente:		
a. ¿Programado para cirugía de cualquier tipo u hospitalización por cualquier motivo?	Si	No
b. ¿ Se ausentó del trabajo por motivos de salud?	Si	No

MUY IMPORTANTE (DEBE DE LEERSE ANTES DE FIRMARLA)

Y queda entendido y convenido que:

- Seguros G & T, Sociedad Anónima, (“La Compañía”), se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier solicitud de seguro.
- Las respuestas y declaraciones realizadas en la solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento.
- La omisión, falsa o inexacta declaración realizada en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.
- Autorizo al comercializador para que descuenta durante la vigencia de la póliza del seguro solicitado, el valor de las primas al medio de pago indicado anteriormente en esta solicitud.

Para los efectos de la presente, YO el abajo firmante declaro que:

- Autorizo a Seguros G & T, Sociedad Anónima para que pueda corroborar la veracidad de la información contenida en la presente solicitud o demás documentos relacionados al contrato de seguro solicitado, por cualquier medio o forma legal.
- En lo aplicable, autorizo a “La Compañía” a que me envíen la póliza de seguro por cualquier medio de comunicación electrónica que haya especificado en la presente Solicitud y que en caso hubiere algún cambio, lo notificaré en los medios correspondientes e indicados en la póliza de seguro.
- 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

Guatemala ____ de ____ de ____

Firma del solicitante: _____

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.

Póliza de Seguro Masivo de enfermedades graves

Número de póliza _____

Seguros G & T, S.A., es responsable por los seguros vendidos por cuenta de ésta, a través del comercializador _____.

PARTE DESCRIPTIVA**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombres y apellidos del asegurado		Documento de identificación
Fecha de nacimiento	NIT	Inicio y fin de vigencia
Dirección domiciliar		Número de teléfono y/o celular
Correo electrónico		
Medio de pago:		
Periodicidad de pago:		
Cobertura	Suma asegurada	Prima
Periodo de espera:		

CONDICIONES GENERALES**1. CONTRATO**

Estas condiciones generales constituyen el contrato entre el asegurado y Seguros G & T, Sociedad anónima (en adelante llamada la Compañía), **Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.**

A el Asegurado titular, al recibir esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a la Aseguradora, para los efectos de los primeros dos (2) párrafos del artículo seiscientos setenta y tres (673) del Código de Comercio que dice textualmente:

“En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra

que dicho documento no concuerda con la solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince (15) días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince (15) días siguientes, el contratante que expide el documento no declara que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último, (...)."

2. DEFINICIONES

Cada palabra o expresión para la que se haya fijado un significado específico, de conformidad con el contenido de esta cláusula, mantendrá ese mismo significado dondequiera que se utilice en la póliza y prevalecerá sobre el sentido natural del término.

2.1 Accidente: Se entenderá por accidente a toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

2.2 Asegurado: persona natural designada para recibir la suma asegurada establecida en la póliza en caso de que se le diagnostique alguna de las enfermedades graves cubiertas.

2.3 Diagnóstico: Dictamen que realiza un médico colegiado autorizado para ejercer la medicina sobre un padecimiento, respaldado por la experiencia y documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad o Lesión, basándose para ello en evaluaciones directas, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, en antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para formular un juicio técnico.

2.4 Enfermedad grave: se define generalmente como una condición médica seria, diagnosticada por un médico especialista, que pone en riesgo la vida de la persona, causa una incapacidad significativa o requiere un tratamiento médico intensivo y prolongado.

2.5 Enfermedad preexistente: Toda enfermedad o padecimiento cuyos signos, síntomas o desarrollo hayan ocurrido antes de la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado.

2.6 Fecha de inicio de vigencia: A la fecha en que la póliza entra en vigor, tal como aparece en la parte descriptiva de esta póliza.

2.7 Fecha de fin de vigencia: A la fecha en que concluye la cobertura de la póliza, tal como aparece en la póliza.

2.8 Médico o doctor especialista: Profesional de la salud que, tras obtener el título de Médico y Cirujano y contar con colegiación activa en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, ha completado un programa oficial de formación de posgrado en una especialidad médica, reconocido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y/o universidades acreditadas del país. Este profesional está capacitado para brindar atención médica

especializada en un área específica de la medicina, con el objetivo de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar enfermedades complejas dentro de su campo de especialización.

2.9 Período de espera: lapso que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del inicio de vigencia de la póliza, durante el cual el asegurado no cuenta con cobertura.

2.10 Período de gracia: plazo que la aseguradora otorga al asegurado para realizar el pago de la prima correspondiente para que la póliza pueda permanecer vigente.

2.11 Período de supervivencia: plazo de tiempo determinado que el asegurado debe continuar con vida después de haber sido diagnosticado con una enfermedad grave cubierta, para que la compañía de seguros proceda a pagar la suma asegurada.

2.12 Prima: Es el costo o precio del seguro por la cobertura que se obtiene, la cual debe ser pagada por el Asegurado a la Compañía

2.13 Suma asegurada: monto establecido en la parte descriptiva de esta póliza que será pagado al Asegurado una sola vez, exclusivamente por la primera enfermedad grave cubierta que sea diagnosticada y cumpla los términos y condiciones de la póliza.

3. COBERTURA

El objeto de la cobertura es otorgar una suma asegurada en caso de que el titular sea diagnosticado con una enfermedad grave, para la cual contratado el anexo correspondiente.

4. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada corresponderá a la descrita en la parte descriptiva de esta póliza.

5. PERÍODO DE ESPERA

90 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

6. PERÍODO DE SUPERVIVENCIA

El asegurado deberá sobrevivir un periodo mínimo de 30 días naturales tras recibir el diagnóstico de una enfermedad grave cubierta por medio del anexo correspondiente contratado.

7. EDADES

- Edad mínima 18 años
- Edad máxima de ingreso 64 años
- Edad de cancelación automática de la cobertura al cumplimiento de los 70 años.

8. EXCLUSIONES

La suma asegurada no será pagadera si la enfermedad es causada (parcial o totalmente) por cualquiera de las siguientes razones:

- La condición de la enfermedad existía antes de la fecha de entrada en vigor del seguro; o
- El asegurado sufre de cualquier condición preexistente, o muestra signos o síntomas, que puedan ser la causa o condición desencadenante de una condición de enfermedad antes de la fecha de entrada en vigor del seguro; o

- Cualquier Enfermedad Grave o la manifestación de sus signos o síntomas, diagnosticados por un especialista registrado, que ocurran dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de entrada en vigor de la póliza. La presente exclusión no será aplicable si la Enfermedad Grave es consecuencia directa de un Accidente ocurrido dentro del mismo período de noventa (90) días, y siempre que el diagnóstico se confirme dentro de dicho plazo.

La condición de la enfermedad es un resultado directo o indirecto de:

- El intento de suicidio del asegurado o lesiones autoinfligidas en plenas facultades mentales o no;
- Narcóticos utilizados por el asegurado a menos que sean recetados por un médico certificado;
- El abuso de drogas y/o alcohol por parte del asegurado;
- Donación de cualquier órgano del asegurado.

9. CLÁUSULAS DE APLICACIÓN GENERAL

9.1 Pago de las Primas: El Asegurado debe la prima desde el momento del inicio de vigencia del contrato. En caso de que la prima de la póliza no sea pagada en la fecha de su exigibilidad, la Compañía tendrá derecho a anular la póliza por falta de pago. El pago de una prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponde dicho pago. La forma de pago de la prima se hace constar en la parte descriptiva de esta póliza.

9.2 Período de gracia para el Pago de Primas: La Compañía concede un plazo de gracia para el pago de las primas de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, en el entendido de que durante tal plazo la póliza continuará vigente y en caso de ocurrir alguna reclamación en ese período, la Compañía tendrá la obligación de atenderla, previo cancelación de la Prima pendiente de pago.

10. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS: Toda declaración falsa o inexacta da derecho a la Compañía para terminar el contrato de seguro en todos sus efectos, debiendo la Compañía dar aviso al Asegurado, por escrito, conforme lo dispuesto por el Artículo 908 del Código de Comercio.

11. CANCELACIÓN (TERMINACIÓN ANTICIPADA):

Esta Póliza podrá ser cancelada por:

- a) falta de pago de la prima según la forma de pago.
- b) a solicitud del asegurado con quince (15) días de anticipación.
- c) por haberse indemnizado la suma asegurada contratada.
- d) por decisión de la Compañía.
- e) fallecimiento del asegurado.

12. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Agotada la vía conciliatoria para la resolución de controversias derivadas del contrato, cualquier diferencia que persista entre el

Asegurado y la Compañía será sometida a la decisión de los tribunales ordinarios competentes de justicia de la ciudad de Guatemala.

13. JURISDICCIÓN: El Asegurado y la Compañía renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales ordinarios competentes de justicia de la ciudad de Guatemala, para todo litigio proveniente de este Contrato.

14. NOTIFICACIONES: Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito por el Asegurado, al Comercializador y/o la Compañía. Las notificaciones se dirigirán al último domicilio registrado.

15. RENOVACIÓN: El contrato de seguro se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de la vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

16. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones y derechos que deriven de la presente póliza prescribirán en el plazo de dos (2) años, contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen.

17. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

Médico Autorizado

El diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad grave cubierta debe ser realizada por un especialista.

Pago de la suma asegurada

La suma asegurada de enfermedades graves sólo será pagadera por la primera enfermedad diagnosticada en una sola exhibición que proceda de acuerdo con cada una de las condiciones cubiertas durante la vigencia de la póliza.

Documentos para presentar en caso de siniestro

Para validar la veracidad del diagnóstico se solicitará lo siguiente:

- Copia legible de DPI del asegurado.
- Certificado médico que indique historial clínico en donde se especifique la fecha del diagnóstico y se detalle la enfermedad grave.
- Resultados de laboratorio.
- En caso de ser diagnosticado en un hospital público deberá completarse el formulario de aviso de enfermedad y accidente.
- Rayos X, y cualquier otro estudio diagnóstico, histopatológico que requiera el área de reclamos de la Compañía que considere necesario para documentar que se trata de enfermedad grave.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier tipo de información adicional a las que se mencionan en estas condiciones, que considere necesaria para la validación de cada siniestro.

Pago de obligaciones a los asegurados

Una vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de las pólizas, el pago de la cobertura deberá de realizarse en un periodo de treinta (30) días.

Lugar y fecha _____

Firma del funcionario legalmente autorizado

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