



DATOS DEL CONTRATANTE

Primer apellido:		Segundo apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:		
Lugar y fecha de nacimiento:		Día	Mes	Año	Edad	Sexo:	Estatura:	Peso:
						M	F	
Zurdo <input type="checkbox"/>		Estado civil:		Documento de identificación:		Extendido en:		
Derecho <input type="checkbox"/>								
Dirección particular:						Teléfono:		
Dirección de cobro:						Teléfono:		
Ocupación (detalles completos):								
Nombre de la empresa donde labora:								
Dirección:				Teléfono:		Ingresos mensuales:		
Tiene otras ocupaciones: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detállelas:								
Clasificación del riesgo:			Vigencia del seguro:			Fecha de inicio de la vigencia:		

COBERTURAS SOLICITADAS

Moneda:

RIESGOS	SUMAS ASEGURADAS	PRIMA
Muerte por accidente:		
Incapacidad total y permanente por accidente:		
Indemnización diaria por incapacidad total o parcial por accidente:		
Desmembración accidental:		
Gastos médicos por accidente:		
Indemnización diaria por hospitalización:		
Indemnización adicional por muerte accidental en transporte privado:		
Indemnización adicional por muerte accidental en transporte público de pasajeros:		
Renta adicional mensual por muerte accidental del asegurado titular:		
Reembolso de gastos funerarios por accidente:		
Enfermedades graves:		
a) Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
b) Cirugía de la arteria aorta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
c) Cirugía de las válvulas cardíacas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
d) Cirugía de by-pass aorto-coronario	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
e) Derrame o hemorragia cerebral	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
f) Infarto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
g) Insuficiencia renal terminal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
h) Trasplante de órganos principales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

PRIMAS

DESCRIPCIÓN DE LOS PAGOS:	Prima neta anual:	
Número de pagos:	Forma de pago:	Gastos de emisión:
1er. pago de : Q.	+ IVA	
Pagos de: Q.	+ IVA	Prima total anual:

BENEFICIARIOS

En caso de muerte accidental la suma asegurada deberá pagarse a: (indicar parentesco y porcentaje)



DECLARACIONES DEL SOLICITANTE Para adherir y formar parte de la póliza No.: _____

¿Tiene seguros contra accidentes o de vida en esta o en otras compañías?
(compañía, suma asegurada y plan): No Sí

¿Ha presentado reclamaciones bajo pólizas de accidentes, enfermedad o por beneficios de incapacidad bajo pólizas de vida? (detalle): No Sí

de seguro pendiente de aprobación en esta u otra compañía?
(compañía, suma asegurada y plan): ¿Tiene usted alguna solicitud
No Sí

¿Le ha sido rechazada alguna solicitud de seguro o algún beneficio solicitado?
(compañía y fecha): No Sí

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas de deportes y/o aviación deberá llenarse el cuestionario correspondiente, en caso contrario se entenderá que el solicitante no desea estar cubierto en este riesgo y se excluirá.

¿Practica algún deporte o afición peligrosa? No Sí
¿Maneja o viaja como pasajero en aviones privados? No Sí
¿Maneja o viaja como pasajero en motos o motocicletas? No Sí

Si alguna de las siguientes respuestas es afirmativa, por favor proporcionar información adicional sobre fecha, duración, estado actual del padecimiento y dirección de los médicos tratantes

a) ¿Le falta algún miembro o parte de él? No Sí ¿Cuál? _____
¿A consecuencia de qué? _____

b) ¿Tiene alguna deformación física? No Sí ¿Cuál? _____
¿A consecuencia de qué? _____

c) Tiene alguna deficiencia
Visual No Sí ¿Cuál? _____
Auditiva No Sí ¿Cuál? _____

d) ¿Ha consultado a uno o más médicos en los últimos 12 meses? No Sí Nombre del médico _____
Fecha: _____
Causa: _____

e) Padece o ha padecido de
-Epilepsia No Sí -Hernia No Sí
-Vértigo o vahídos No Sí -Sífilis No Sí
-Enfermedades Mentales No Sí -Reumatismo No Sí
-Enfermedades del Sistema Nervioso No Sí -Diabetes No Sí
-Enfermedades del Corazón No Sí -Gota No Sí
-Hipertensión arterial No Sí

f) ¿Le ha sido recomendado algún tratamiento u operaciones quirúrgicas? No Sí
¿Le han practicado alguna operación quirúrgica? No Sí ¿Cuál? _____

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE

Queda entendido y convenido que:

Aseguradora General, 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 determinado el contrato de seguro. Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud, autorizo:

1. A cualquier médico, profesional, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a la compañía la información que esta requiera, incluyendo registros, cuidados y/o tratamientos proporcionados a mí y/o a mis dependientes, sin limitación alguna.

2. A la compañía para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo más no limitando a la lectura del dispositivo incorporado en mi documento de identificación. La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la compañía de seguros.

Lugar y fecha de la solicitud: _____

Firma del solicitante

Firma del intermediario de seguros como testigo de asistencia

Hago constar que me comprometo al pago de las primas

Nombre del contratante: _____ NIT: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma: _____