

Señores Seguros El Roble, S.A. atentamente me dirijo a ustedes para solicitarles se proceda a efectuar lo siguiente en:

Póliza No.	Afiliada No.	Certificado No.
------------	--------------	-----------------

SECCIÓN I – DATOS DEL ASEGURADO | ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Nombre completo:				Sexo: F ☐ M ☐	
Dirección:			NIT:		
DPI/CUI No.:	Extendida (o) en:	Fecha de Nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
		Día	Mes	Año	Ciudad País
Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐		Ocupación / Puesto:			
Teléfono:		Teléfono Celular:		Correo Electrónico:	
SOLICITO:					
Cambio de Beneficiario ☐		Exclusión de Asegurados Dependientes ☐		Autorización de Cobro/cambio de pago ☐	
Inclusión de Asegurado Titular y/o Dependientes - Gastos Médicos ☐					

SECCIÓN II – CAMBIO DE BENEFICIARIO

Revocar la designación anterior y nombrar como nuevo(s) Beneficiario(s) en caso de mi fallecimiento a:

Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s) del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje	DPI/CUI

Me reservo el derecho de cambiar a mi(s) beneficiario(s) sin previo aviso a el(los) mismo(s).

SECCIÓN III – EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS DEPENDIENTES Y/O BAJA DE COBERTURA ASEGURADO TITULAR

Excluir del programa de seguro a los asegurados detallados a continuación:

Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s) del Asegurado	Parentesco	Fecha de Baja Solicitada		
		DÍA	MES	AÑO

SECCIÓN IV – AUTORIZACIÓN DE COBRO | CAMBIO EN MEDIO DE PAGO DE PRIMA DEL SEGURO

Debitar la(s) prima(s) correspondiente(s) del seguro de la póliza indicada anteriormente con base a la forma y medio de pago detallado a continuación y en la fecha designada por La Compañía:

Forma de Pago:	Anual ☐	Semestral ☐	Trimestral ☐	Mensual ☐
Prima		Moneda		
Tarjeta de Crédito No.	Banco o Empresa Emisora de la Tarjeta		Fecha de Vencimiento	
			MES	AÑO
Emisor de Tarjeta:				
Banco o Emisor:	Monetaria ☐	Ahorro ☐	No.	
Facturar a nombre de:			NIT:	
Dirección de Cobro ^B :				

Por este medio entiendo y acepto que se continuarán con los cobros indicados de acuerdo a la forma de pago, hasta que yo notifique por escrito a La Compañía, lo contrario de acuerdo con las condiciones generales de la póliza. La Compañía no se obliga a cobrar ni a requerir el pago de la prima, ni a dar aviso de su vencimiento y si lo hiciera no sentará precedente.

Asimismo, autorizo utilizar el presente formulario para realizar los débitos correspondientes a futuras renovaciones de mi póliza, a menos que notifique lo contrario a La Compañía por medio escrito, previo al inicio de la vigencia de la renovación. Si por alguna razón el medio de pago seleccionado no tuviera disponibilidad al procesar el débito, al siguiente mes se debitará la cuota del mes anterior y la del mes que corresponde para no entrar en mora.

Realizar el cargo/débito para el pago del seguro a mi tarjeta de crédito/cuenta bancaria. (2) Enviar la póliza de seguro, así como cualquier modificación y notificación relacionada, al correo electrónico o cualquier otro medio digital proporcionados en esta Solicitud. Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada a La Compañía sobre cualquier cambio en mi información electrónica.

Nombre Completo del Titular
de la Tarjeta de Crédito o Cuenta a Debitar

Firma Registrada del Titular
de la Tarjeta de Crédito o Cuenta a Debitar

ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL ASEGURADO

SECCIÓN V – INCLUSIÓN DE ASEGURADO TITULAR^{PC} Y/O DEPENDIENTE(S) AL SEGURO (Declaración de Salud)

Incluir al programa de Seguro a la(s) siguiente(s) persona(s) detallada(s) a continuación:

Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s)	Parentesco	DPI/CUI	Fecha de nacimiento			Estatura Metros	Peso Libras
			Día	Mes	Año		
A.							
B.							
C.							
D.							
E.							

Fecha de matrimonio o unión de hecho: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

Para el Asegurado Titular^{PC} y su(s) Dependiente(s): Si sufre(n) o ha(n) sufrido Usted y/o su(s) Dependiente(s) previamente alguno de las siguientes enfermedades, marque la casilla apropiada. Todas las preguntas deben ser contestadas, si alguna de sus respuestas fuera afirmativa, coloque los datos requeridos en el espacio final de las preguntas.

			SI	NO	A	B	C	D	E	
1. ¿Se encuentra actualmente con mala salud?.....										
2. ¿Ha estado ausente de su trabajo por enfermedad o accidente durante los últimos seis meses?.....										
3. ¿Ha consultado al médico durante los últimos doce meses?.....										
4. ¿Ha estado como paciente en un hospital o institución similar en los últimos seis meses?.....										
5. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento?.....										
6. ¿Tiene intención de realizarse o se le ha recomendado efectuarse una operación quirúrgica?.....										
7. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes?.....										
8. ¿Tiene algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificado en este formulario?.....										
9. ¿Ha sido sometido a Tratamiento de Fertilidad?.....										
10. ¿Se ha efectuado algún examen de SIDA?.....										
11. Si usted es mujer (o alguna de sus dependientes), ¿está(n) actualmente embarazada(s)?.....										
12. ¿Se encuentra en la menopausia? Indique si toma estrógenos y la dosis.....										

ENFERMEDAD	SI	NO	A	B	C	D	E	ENFERMEDAD	SI	NO	A	B	C	D	E
13. ☐ Boca								28. ☐ Hipertensión Art.							
14. ☐ Esófago								29. ☐ Enf. Cardiovasculares							
15. ☐ Intestinos								30. ☐ Desórdenes Hormonales							
16. ☐ Recto								31. ☐ Enf. de las Vías Urinarias y los Riñones							
17. ☐ Enf. del Hígado								32. ☐ Enf. de Músculos							
18. ☐ Útero								33. ☐ Enf. de Articulaciones							
19. ☐ Próstata								34. ☐ Ligamentos							
20. ☐ Mamas								35. ☐ Enfermedades o Molestias de Espalda							
21. ☐ Sangre								36. ☐ Columna Vertebral							
22. ☐ Tumor Benigno								37. ☐ Cirugías Estéticas							
23. ☐ Migraña								38. ☐ Cáncer							
24. ☐ Desórdenes Neurológicos								39. ☐ Trastornos Mentales							
25. ☐ Defectos Físicos/Mentales de nacimiento								40. ☐ Otras Enfermedades o Desórdenes							
26. ☐ Asma								41. ☐ Enf. Oculares							
27. ☐ Enf. Pulmonares								42. ☐ Nariz							
☐ Dientes								☐ Diabetes							
☐ Estómago								☐ Reumatismo							
☐ Vesícula Biliar								☐ Enf. de Huesos							
☐ Ano								☐ Tendones							
☐ Enf. del Páncreas								☐ Médula Espinal							
☐ Ovarios								☐ Enf. de la Piel							
☐ Testículos								☐ Trasplante(s)							
☐ Tiroides															
☐ Hernias															
☐ Tumor Maligno															
☐ Epilepsia															
☐ Garganta															

Si alguna respuesta es positiva por favor indique el número de la pregunta, fecha de cuando sucedió y especifique el tipo de diagnóstico:

Por este medio autorizo el(los) movimiento(s) señalado(s) en este formulario, entiendo que estos cambios se harán efectivos a partir del día uno (1) del mes siguiente de la fecha de haber completado y entregado este formulario a la Compañía. Estoy de acuerdo en pagar cualquier incremento en la prima que pueda afectar el cambio o modificación solicitada que genere cobro adicional.

Con la solicitud, autorizo a cualquier entidad o persona relacionada con mi historial médico a proveer a La Compañía cualquier información que ésta requiera de mi persona o del asegurado, sin limitación alguna, asimismo, que la información recopilada o proporcionada por entidades públicas o privadas y la generada de relaciones contractuales, crediticias o comerciales, pueda ser consultada de mi persona o cualquier miembro de mi familia

Queda entendido y convenido que Seguros El Roble, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro y la cobertura no entrará en vigor hasta que sea aprobada por La Compañía.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de esta 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 y convengo en que: (1) La Compañía no contraerá fraude. (2) Cualquier promesa o declaración hecha por otra persona no obligará a la Compañía a menos que se haga por escrito y esté aprobada por la Compañía. (3) Mi aceptación de la póliza que se emita en base a esta solicitud, constituirá el perfeccionamiento legal del contrato y mi conformidad con cualquiera de los cambios anotados por la Compañía. (4) Que he leído detenidamente este documento y acepto sus condiciones.

Fecha:

DÍA	MES	AÑO		

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR/SOLICITANTE

 FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE ^{PC}
^{PC} APLICA ÚNICAMENTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS

ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL ASEGURADO

7ª Avenida 5-10, zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 16 • Guatemala, C.A. • Código Postal 01004 • Apdo. Postal 2513 • PBX 2420-3333, FAX 2361-1191 • www.elroble.com