



Aseguradora La Ceiba, S.A.  
20 Calle 15-20, Zona 13  
PBX: (502) 2379-1800  
Fax: 2334-8167 / 68  
admin@aceiba.com.gt  
Guatemala. C.A.

## SOLICITUD DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
(apellidos) (apellidos de casada) (nombres)

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
(día) (mes) (año)

Sexo: m  f  Estatura: \_\_\_\_\_ mt(s) \_\_\_\_\_ cms. Peso: \_\_\_\_\_ lbs. Derecho  Zurdo

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cedula: \_\_\_\_\_ Reg. \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ Extendida en: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. (s) \_\_\_\_\_

Dirección de Cobro: \_\_\_\_\_ Tel. (s) \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Ocupación (Detalles completos): \_\_\_\_\_

Si tiene otras ocupaciones detalle: \_\_\_\_\_

Ingresos Mensuales: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel (s) \_\_\_\_\_

Duración del Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Clasificación del Riesgo: \_\_\_\_\_

### COBERTURAS

Riesgo	Suma Asegurada	Prima
<input type="checkbox"/> Muerte por Accidente	_____	_____
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente	_____	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de Gastos Médicos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal	_____	_____
<input type="checkbox"/> Indemnización diaria máxima a partir del _____ día	_____	_____
<input type="checkbox"/> Indemnización durante Hospitalización	_____	_____
<input type="checkbox"/> Riesgos Especiales cubiertos mediante	_____	_____
Pago de Extraprima	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### PRIMAS

Prima neta: \_\_\_\_\_ Gastos de Emisión: \_\_\_\_\_ Prima Total Anual: \_\_\_\_\_

Número de Pagos: \_\_\_\_\_

Primer Pago: \_\_\_\_\_ IVA: \_\_\_\_\_ Pagos de: \_\_\_\_\_ IVA: \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIOS

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Tiene actualmente contratado o en proceso de rehabilitación seguro de vida, muerte accidental, incapacidad, enfermedad y Hospitalización?

No Si en caso afirmativo de detalles:

Aseguradora	Suma Asegurada	Plan	Año de Emisión	Vigente si / no

2. Ha presentado alguna vez solicitud de seguro de vida, muerte accidental, incapacidad, enfermedad y hospitalización, que haya sido rechazada, Pospuesta o retirada, o ha tenido alguno de los seguros mencionados anteriormente que haya sido modificado, aumentado en la prima, Cancelado o no renovado?

No  Si  en caso afirmativo de detalles: \_\_\_\_\_

3. Ha presentado reclamos sobre pólizas de accidentes, enfermedad, por beneficio de incapacidad o sobre pólizas de vida?

No  Si  en caso afirmativo de detalles: \_\_\_\_\_

4. Practica algún deporte o afición peligrosa?

No  Si

5. Maneja o viaja como pasajero en aviones privados?

No  Si

6. Maneja o viaja como pasajero en motos o motocicletas?

No  Si

Si ha contestado si, en alguna de las preguntas 4, 5 y 6, deberá llenarse el cuestionario correspondiente, de lo contrario, se entenderá que el Solicitante no desea estar cubierto por estos riesgos y se excluirá.

7. A su leal saber y entender, se encuentra ahora en buen estado de salud y libre de todo impedimento o deformación física?

No  Si

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

8. Tiene alguna enfermedad o defecto en la vista, o los oídos?

No  Si

Cual: \_\_\_\_\_

9. Ha consultado a uno o más médicos en los últimos 12 meses?

No  Si

10. Padece o ha padecido de?

Epilepsia No  Si  Hernia No  Si

Vértigos o vahídos No  Si  Sífilis No  Si

Enfermedades Mentales No  Si  Reumatismo No  Si

O del Sistema Nervioso No  Si  Diabetes No  Si

Enfermedades del corazón No  Si  Gota No  Si

11. Le ha sido recomendado algún tratamiento y operación quirúrgica?

No  Si

12. Le han practicado alguna operación quirúrgica?

No  Si

Respuesta No.	Fecha	Duración	Estado Actual	Nombre y Dirección de Médicos Tratantes

### CONTRATANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Nit.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. (s) \_\_\_\_\_

Declaro que toda la información anterior es verdadera y exacta aunque no sea de mi puño, y letra, ya que será la base para evaluar la emisión de la Póliza que solicito. Asimismo, declaro que estoy enterado de que cualquier inexactitud o falsedad que aparezca en tal información, da derecho a la Aseguradora a dar por cancelada la Póliza aunque tal extremo sea descubierto posteriormente a la ocurrencia de un siniestro.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

\_\_\_\_\_  
Código

### PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

Póliza No. \_\_\_\_\_

Vigencia Original: \_\_\_\_\_

Clasificación del riesgo: \_\_\_\_\_

Autorizada Por: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_