



Roble
asegura
tu salud

Formulario Único para Movimientos del Seguro de Vida y Gastos Médicos | Pólizas Individuales y Colectivas

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: M ☐ F ☐
Dirección: NIT:
Cédula/DPI No.: Extendida(o) en: Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
DÍA MES AÑO CIUDAD PAÍS
Estado Civil: Casado ☐ Soltero ☐ Ocupación/Puesto
Teléfono: Teléfono Celular: Correo Electrónico:

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	Cédula/DPI
--	------------	------------	------------

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 DEL SEGURO

Excluir del programa de Seguro a la(s) siguiente(s) persona(s) detallada(s) a continuación:

Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s) del Asegurado	Parentesco	Fecha de Baja Solicitada
---	------------	--------------------------

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

Autorizo a debitar la(s) prima(s) correspondiente(s) del seguro de la póliza indicada anteriormente con base a la forma y medio de pago del cual indico los detalles 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: ☐ American Express ☐ Diners Club ☐ Master Card ☐ Visa
Cuenta Banco Industrial, S.A.: ☐ Monetaria ☐ Ahorro No.
Otras Formas: ☐ Efectivo^A ☐ Mensajero Cobrador^B ☐ Nomina Salarial^B
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.

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

^A PUEDE UTILIZARSE ÚNICAMENTE EN FORMA DE PAGO: ANUAL, SEMESTRAL O TRIMESTRAL | ^B ÚNICAMENTE PARA PRODUCTOS ESPECÍFICOS

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

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	Cédula/DPI	Fecha de nacimiento			Estatura METROS	Peso LIBRAS
			DÍA	MES	AÑO		
A.							
B.							
C.							
D.							
E.							

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 su respuesta fuera afirmativa en alguna de ellas, coloque la fecha cuando sucedió y especifique el tipo de diagnóstico que se obtuvo.

	SI	NO	A	B	C	D	E
1. ¿Se encuentra actualmente con mala salud?							
2. ¿Ha estado ausente de su trabajo por enfermedad o lesión durante los últimos tres 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 tres 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. 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															
☐ Alergias															
☐ Oídos								☐ Garganta							

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. Asimismo, por este medio declaro que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas, que son la base sobre la que solicito el seguro bajo la Póliza. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante, hospital o sanatorio para que proporcione a Seguros El Roble, S.A., cualquier información que solicite necesaria con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo o cualquier miembro de mi familia haya recibido.

Fecha:

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR/SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE^{PC}

DÍA MES AÑO

^{PC} APLICA ÚNICAMENTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS

ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL ASEGURADO