

BANCO CHN
CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL



Gerencia Comercial BANCASEGUROS

CASA PLAN

Procedimiento actualizado

2025



Vida
Saldo
Deudor

Seguros para
CASA PLAN

Incendio y
Líneas
Aliadas

Vida - Saldo Deudor

Cobertura

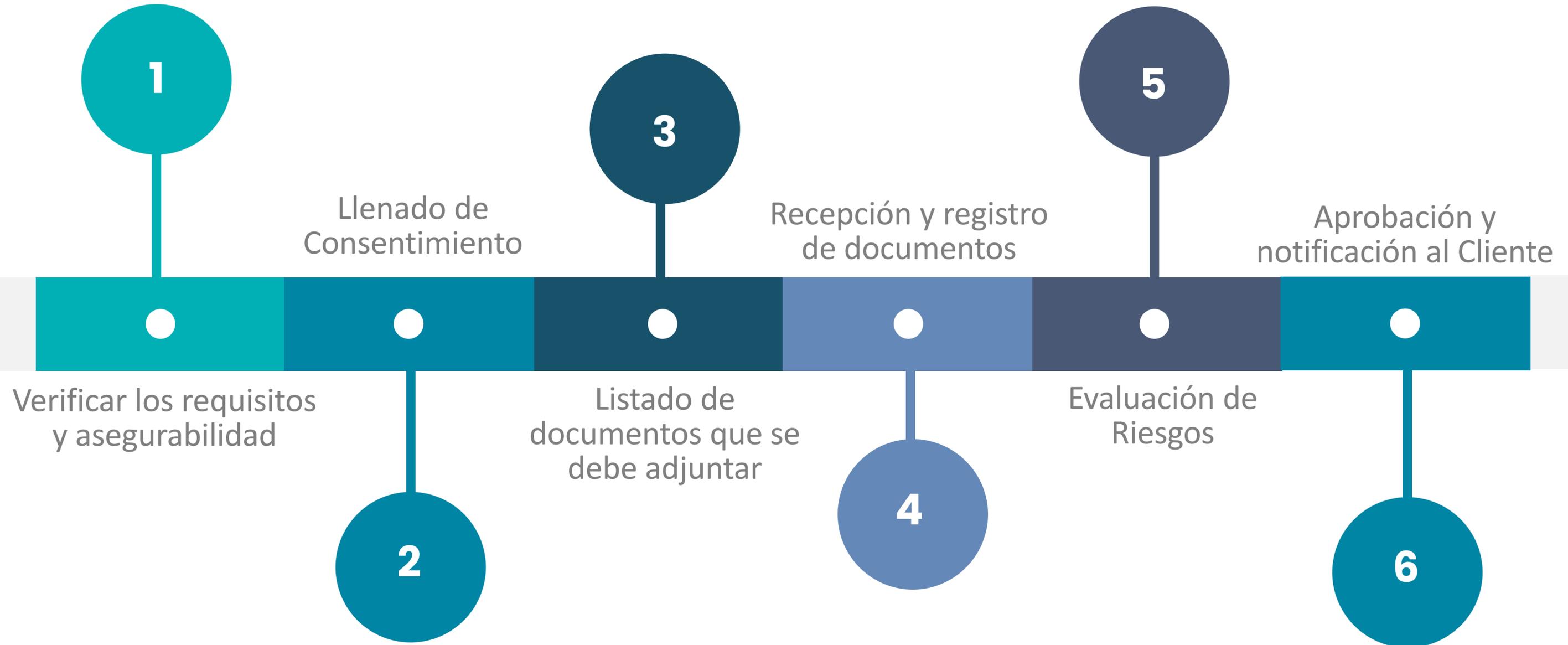
Fallecimiento por cualquier causa del asegurado (titular del crédito)

Tasa

0.36% más extra prima adicional (si el caso lo requiere)



Proceso de Suscripción



REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD 2023-2024

| Edad | Hasta Q,500,000 | De Q,500,000 a 1,000,000 | De 1,000,001 a 2,000,000 | De 2,000,001 a 4,000,000 |
|-----------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hasta 40 años | A | A | A, B | A, B, C |
| De 41 a 55 años | A | A | A, B, C | A, B, C*, D |
| Da 56 a 65 años | A, B, C | A, B, C | A, B, C, D | A, B, C, D, E |

Descripción de la nomenclatura

A. Declaración personal de salud que deberá incluir:

- ❖ La firma de la persona que solicita el préstamo (asegurado) en el consentimiento.
- ❖ La información precisa y clara del peso y estatura de la persona que solicita el crédito (asegurado), misma que debe ser congruente con los cuestionarios en donde se consigne la misma.

B. Examen médico con análisis de orina.

C. Pruebas de laboratorio que incluyen:

- ❖ Biometría hemática (Formula blanca, roja y plaquetas).
- ❖ Química sanguínea (Glucosa, urea, creatinina, y ácido úrico).
- ❖ Lípidos (Colesterol, triglicéridos, HDL).
- ❖ Prueba de funcionamiento hepático (TGO, TGP Bilirrubina total y directa, albumina, globulina y fosfatasa alcalina).
- ❖ Antígeno prostático para mayores de 56 años.

D. Electrocardiograma de reposo.

E. Electrocardiograma de esfuerzo.

ADICIONALES:

A partir de Q 1,000,000.01: Cuestionario financiero o información similar que posee la aseguradora (adjunto)

Para sumas aseguradas mayores de Q 2,000,000.01

- ❖ GGT
- ❖ Prueba de VIH
- ❖ *Antígeno prostático para mayores de 50 años.

1

Verificar los requisitos de asegurabilidad

| | | | |
|---|-------------|---------------------------|------------------|
| Para uso exclusivo de la Aseguradora Aprobación: | | Para uso exclusivo de CHN | |
| Plazo | % Cobertura | Número del Coaseuro | Monto Nuevo |
| | | | Monto Ampliación |
| | | | Monto Total |

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO TEMPORAL ANUAL RENOVABLE

Me adhiero a la solicitud de Seguro y a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Temporal Anual Renovable, contratado en el DEPARTAMENTO DE SEGUROS Y PREVISIÓN DE EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE GUATEMALA, por el Crédito Hipotecario Nacional, a quien reconozco como Contratante del Seguro, y para lo cual proporciono la siguiente información:

I. DATOS PERSONALES

Nombre(s): _____ Apellido(s): _____

Dirección Particular: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono No.: _____ Celular No.: _____

Ocupación: _____ Documento de Identificación: _____ NIT: _____

Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Lugar de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____

Empresa donde labora: _____ Tipo de laborar: _____ Fecha de ingreso al Seguro: _____

Cargo: _____

II. INFORMACIÓN PARA CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES DE LA LEY CONTRA EL LAVADO DE DINERO U OTROS ACTIVOS Y LEY PARA PREVENIR Y REPONER EL FINANCIAMIENTO DEL TRAFICANDO

1. Persona Políticamente expuesta (PPE) SI NO

2. Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)** SI NO

3. Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)** SI NO

*PPE: Quien desempeña o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella persona que tiene o le ha confiado una función similar en una organización internacional, así como los oficiales de partidos políticos nacionales y de otro país, que por su perfil están sujetos a riesgos financieros a su nivel o posición jerárquica.
**PEP: Si la respuesta es positiva, deberá proporcionar información según lo indicado en el Anexo A de Persona Expuesta Políticamente.

III. BENEFICIARIOS

Nombre(s) y apellido(s) completo(s): _____ Parentesco con el Asegurado: _____ Porcentaje (%): _____

IV. DECLARACIÓN DE SALUD Y HÁBITOS

A. ¿Padece en los últimos diez (10) años o padece actualmente algún tipo de cáncer, tumor, quiste, diabetes, hipertensión, enfermedad renal, enfermedad cardiovascular o alguna enfermedad crónica o grave? SI NO

B. ¿En los últimos cinco (5) años ha sufrido algún accidente, cirugía y/o está o ha estado bajo algún tipo de tratamiento médico por enfermedad o accidente? SI NO

C. ¿Tiene alguna incapacidad física que limite o restrinja su actividad normal de su trabajo? SI NO

D. ¿Tiene alguna incapacidad física o para personas del caso familiar, es importante completar la siguiente información en los ítemos E y F?

E. ¿Se encuentra en estado de embarazo? SI NO

F. Para propósitos de asegurabilidad y en caso aplicable, favor completar la fecha de último período menstrual

G. Número de hijos, si aplica _____

H. ¿Tiene el hábito de fumar? (en caso afirmativo, ¿desde cuándo fuma? ¿Cuántos cigarrillos consume al día?)
 SI NO

I. ¿Consumo algún tabaco electrónico? (en caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y cuánta cantidad consume?)
 SI NO

J. ¿Ha tenido uso de drogas o sustancias prohibidas? (si corresponde, ¿por favor especificar la frecuencia?)
 SI NO

K. En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique fecha, nombre y dirección del médico o la clase de incapacidad. (si requiere más espacio adjuntar hoja adicional)

V. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro y manifiesto expresamente, que las declaraciones e información proporcionadas anteriormente, son completas y verídicas, y que el estado actual de mi salud es satisfactorio, a mi mejor juicio y conocimiento, la verdad, falta o inexacta declaración en el presente consentimiento, dará derecho a la Aseguradora, a dar por terminado la cobertura del seguro, sin perjuicio de las acciones legales que pudieran iniciarse, en reserva a los derechos e intereses del Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala. (Código de Comercio de Guatemala, Artículo 936)

Declaro que estoy enterado que la suma asegurada está determinada de acuerdo con lo establecido en la Carátula de la Póliza.

Declaro además que en caso que la Aseguradora lo estime conveniente, autorizo expresamente: 1. A concertarse a un médico, y 2. A que cualquier médico, institución o cualquier miembro de su personal profesional e proporcionar o suministrar la información necesaria para determinar mi grado de asegurabilidad.

Autorizo, estoy enterado que el Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala puede utilizar medios de comunicación electrónicos para el envío, recepción y entrega al Contratante de las Condiciones Generales de la póliza, el Certificado Individual, de la documentación e información relativa al seguro respectivo, y que una copia deberá entregarse a mí persona.

EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS Y PREVISIÓN DE EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE GUATEMALA se reserva el derecho de rechazar o aceptar el presente consentimiento.

AUTORIZO EXPRESAMENTE AL CONTRATANTE DEJAR DE SER SALUDABLE VALIENDO LA PRIMA CONTRIBUTIVA, SI APLICABLE, SEGÚN LA PERIODICIDAD DEL PLAN.

En conformidad de lo anteriormente expresado, se firma el presente consentimiento, en el Departamento de _____ a las _____ días del mes de _____ de _____.

Firma del Asegurado

Nombre del promotor/asesor: _____
 Teléfono promotor/asesor: _____
 Agencia/Dependencia: _____
 Firma y sello promotor/asesor: _____



BANCO CHN
DEPARTAMENTO DE SEGUROS Y PREVISIÓN

REQUERIDO PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

| | |
|-------------------|-------------------|
| APROBACIÓN | REFERENCIA |
| | FECHA |
| | SECRETADO |
| | EMBAJADO |

REVISIÓN MÉDICA: NO SI

NUOVO AMPLIACIÓN

CON COSEUDOR: NO SI Plazo: _____ Cobertura: _____ %

Nombre del o los hijos (as) y los padres: _____

RAMO DE VIDA

CONSENTIMIENTO para inscribir al Seguro de Grupo Temporal Anual Renovable solicitado por EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE GUATEMALA.

por inscribir al "PROGRAMA DE SEGUROS Y PREVISIÓN CHN" las actrices para inscribir al seguro de Grupo Temporal Anual Renovable solicitado por PROGRAMA DE VIVIENDA CASAPLAN POLIZA No. 24786 para lo cual doy al Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional, los siguientes datos y declaraciones:

GENERALES

Nombre completo: _____
 DNI No.: _____
 Estado Civil: _____
 Dirección: _____
 Departamento y Municipio: _____
 Teléfono: _____
 Profesión: _____
 Ocupación: _____
 Nombre de la empresa donde labora: _____
 Dirección empresa donde labora: _____
 Teléfono empresa donde labora: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Edad al completar este formulario: _____

Nombre como mi beneficiario (o) es: **EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE GUATEMALA**, como sus oficiales involucrados bajo por el valor de la prima que se le cobrará con dicho banco.

Cada declaración (en) 7. Av. 23-77 zona 1, Guatemala, Guatemala.

Cualquier comentario a mi favor será cobrado por el siguiente beneficiario:

Y que tiene acceso al siguiente patrimonio:

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

DECLARO MI BUENA FE Y VERDAD.

Declaro tener consentimiento de las normas que dan origen a la Rama Asegurada, contratada en el ítemo A) de la solicitud que sirve de base para la contratación de este Seguro y de que el pago de la prima que me corresponde efectuar será: Contributiva.

Correspondiéndome a mi cubrir el 100% de la prima, para que de la cuenta del Crédito se deducan la proporción indicada de la prima.

Declaro también que el estado actual de mi salud es satisfactorio y que los datos y declaraciones proporcionados, por mi persona en la presente solicitud, serán considerados como base del CERTIFICADO del Seguro que me otorgará el Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala, las cuales dadas ya declaro son exactas, verídicas y completas.

Por lo anterior desde ya autorizo a cualquier médico, para que informe, revise o permita la inspección de cualquier informe, archivo o registro, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional, al Departamento de Seguros y Previsión de EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE GUATEMALA.

Una persona puede estar sujeta a la ley de lavado de dinero y a la ley para prevenir y reponer el financiamiento del tráfico de drogas.

Lugar: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Promotor / Asesor: _____
 Teléfono Promotor / Asesor: _____
 Agencia/ Dependencia: _____

Firma y Sello Promotor / Asesor Solicitud

BANCO CHN
CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL
DEPARTAMENTO DE SEGUROS Y PREVISIÓN

DECLARACIÓN DE SALUD

| | SI | NO | AMPLIACIONES |
|--|----|----|---|
| ¿Ha estado en "EM" en los últimos 12 meses de embarazo? | | | Para más información consulte con su médico |
| 1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? | | | |
| 2. ¿Ha consultado al médico en los últimos 2 años? | | | |
| 3. ¿Está sujeto a algún tratamiento? | | | |
| 4. ¿Tiene pendiente alguna operación quirúrgica? | | | |
| 5. ¿Le falta algún miembro o parte de él? | | | |
| 6. ¿Tiene alguna deformación? | | | |
| 7. ¿Está algún tipo de discapacitado o inmovilizado, ya reconocido o en tramitación? | | | |
| 8. ¿Ha padecido infecciones de origen sexual? | | | |
| 9. ¿Le han practicado la prueba del SIDA? | | | |
| 10. ¿Le han aplicado inyecciones de sangre o sus derivados en los últimos 5 años? | | | |
| 11. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: | | | |
| A- ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | | | |
| B- PRESIÓN ARTERIAL ALTA | | | |
| C- ENFERMEDADES DE LOS PULMONES | | | |
| E- ENFERMEDADES DEL PARATO DIGESTIVO | | | |
| F- ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO | | | |
| G- ENFERMEDADES DEL HIGADO | | | |
| H- ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO | | | |
| I- ALGÚN TUMOR | | | |
| J- DIABETES | | | |
| K- CÁNCER | | | |
| L- ALGÚN OTRO PADECIMIENTO | | | |
| 11. ¿Le han practicado? | | | |
| A- ALGUNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA? | | | |
| B- EL ECG (CARDIOGRAMAS)? | | | |
| C- RADIOGRAFÍAS? | | | |
| D- ESTUDIOS DE LABORATORIO? | | | |
| 12. ¿Soy mujer? | | | |
| A- ÉSTA EMBARAZADA? | | | |
| B- FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? | | | |
| C- NÚMERO DE HIJOS? | | | |
| D- ABORTOS? | | | |

POBLA PRESENTE DECLARO QUE MI ESTADO DE SALUD ES ACTUAL Y SATISFACTORIO, QUE LO MISMO HE Y HARÉ PODER EN UNA DECLARACIÓN DE FIDELIDAD COMO BASE DEL CONTRATO FORMULADO POR ELA, REGULADOR Y POR LO MISMO APROBO QUE SE EJECUTE MI ENFERMEDAD Y CASUALIDAD.

EN SU CONCORDANCIA QUE DE ACUERDO A LA CLÁUSULA DÉCIMA DE LA POLIZA CORRESPONDIENTE AL CONTRATO COMPLETO, LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE COMPROBAR LA VERDAD DE MI DECLARACIÓN DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIGENCIA DEL CONTRATO O DE SU EXTENSIÓN.

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____ Firma del Solicitante: _____

Declaro que quedo satisfecho de mi estado de salud, y de que he leído y comprendo el contenido de este formulario y he aceptado el contenido de los términos y condiciones del seguro.

NOTA: Este formulario debe ser llenado en su totalidad y debe ser presentado al banco.



BANCO CHN
CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL
DEPARTAMENTO DE SEGUROS Y PREVISIÓN

HÁBITOS DEL SOLICITANTE

¿Fuma usted actualmente? SI NO ¿En qué año empezó a fumar? _____

Número de cigarrillos diarios que fuma o fumaba? _____

¿En qué año dejó de fumar? _____ ¿Por qué razón? _____

¿Ingere Ud. bebidas alcohólicas? SI NO

Clase? _____

¿Cantidad? _____

¿Frecuencia? (diaria, semanal, quincenal, mensual) _____

¿Cuándo dejó de ingerir bebidas alcohólicas? _____

¿Cuanto bebe usted? (Clase, cantidad y frecuencia) _____

¿Por qué razón? _____

¿Alguna vez ha usado marihuana, morfina, cocaína, barbitúricos, LSD o cualquier otro tipo de sustancias psicoactivas? SI NO

En caso de afirmativo señalar: Fecha de inicio, duración, tipo de droga, frecuencia y fecha de la última ocasión.

¿Ha variado su peso durante el último año? _____ ¿Causa? _____

SI NO

Aumento en libras: _____ PESO ACTUAL: _____ libras
*** La presión en libras no puede sobrepasar 5 libras.

Disminución en libras: _____ ESTATURA: _____ metros

Yo, _____ Declaro que la información consignada en este formulario es exacta, verídica y completa.

3

Listado de documentos que debe adjuntar

- ✓ Fotocopia legible del Documento de Identificación (DPI)
- ✓ Fotocopia de NIT
- ✓ Recibo de agua, energía eléctrica o teléfono donde reside
- ✓ FEIC debidamente verificado
- ✓ Formulario de fuerzas armadas si la ocupación corresponde a oficial del ejército, gente de seguridad público o privado
- ✓ Punto de acta para casos que requieren de exámenes médicos

4

Recepción y registro de documentos

Responsables: Asesores de Banco y Bancaseguros

- 1** | Asesor recibe la documentación del cliente y verifica su integridad
- 2** | Explica los pasos siguientes y condiciones del seguro
- 3** | Remite la documentación a Banca Seguros para su evaluación



5

Evaluación del Riesgo [Médico y Técnico]

Responsables: Banca Seguros y Cabina

- 1.** Banca Seguros analiza la documentación recibida
- 2.** Determina si se requiere evaluación médica o técnica
- 3.** Cabina coordina la cita médica y asegura el cumplimiento de requisitos
- 4.** Se reciben y analizan los resultados de los exámenes médicos
- 5.** Evaluación conforme a los criterios de asegurabilidad
- 6.** Área Técnica revisa riesgos ocupacionales y sumas aseguradas
- 7.** Emisión del informe médico/técnico con observaciones

6

Aprobación y notificación al cliente

Responsables: Banca Seguros y Asesores de Banco

- 1** | Banca Seguros informa a los asesores sobre las condiciones finales
- 2** | Asesor comunica la decisión al cliente de manera clara y precisa
- 3** | Si el cliente acepta, se procede con la aprobación del seguro
- 4** | Si el cliente no acepta, se siguen las políticas del banco



Incendio y Líneas Aliadas

Coberturas

Edificios y Construcciones

- ✓ Incendio y/o rayo
- ✓ Terremoto, temblor, erupción volcánica, caída de ceniza y/o arena volcánica e incendio consecutivo
- ✓ Explosión e incendio consecutivo
- ✓ Motín, huelgas y/o alborotos populares e incendio consecutivo
- ✓ Inundación y/o maremoto
- ✓ Daño malicioso
- ✓ Naves aéreas, objetos caídos de las mismas y/o colisiones de vehículos terrestres
- ✓ Huracán, tifón, tornado, ciclón, vientos tempestuosos y/o granizo

Deducibles

Riesgos catastróficos y/o de la naturaleza: 2% sobre la suma asegurada, mínimo Q.2,000.00+ otros riesgos: Q.500.00

Exclusiones

Daño y/o pérdida a consecuencia de hongos, orín, moho, derrame y contaminación

Terrorismo y/o sabotaje en todas sus formas.

Tasa

0.36%



Proceso de Suscripción

1

Llenado de cotización
para tarificación

Listado de documentos que se
deben adjuntar y enviar vía correo
electrónico

2



SOLICITUD DE COTIZACIÓN DE SEGUROS DE INCENDIO
PARA GARANTÍAS HIPOTECARIAS-CASAPLAN

Fecha de solicitud: Asesor:
 Agencia o Gerencia:

Información del cliente

Nombre:
 Dirección de correspondencia:
 Teléfono: NIT:
 % de participación: * Nota: si existen codeudores, favor adjuntar información.

Información del inmueble a asegurar

Tipo de construcción: Tipo de préstamo:
 Destino del préstamo:
 Dirección de riesgo:
 Finca: Folio: Libro:
 Suma asegurada: Plazo del préstamo:
 Observaciones:

Listado de documentos, que deberá adjuntar.

| Documento | SI / NO | Observaciones |
|---------------------------------------|---------|---------------|
| Avalúo de la propiedad a asegurar | | |
| Presupuesto de construcción | | |
| DPI (cliente o representante legal) | | |
| Recibo de servicios del cliente | | |
| Formularios IVE y Anexos verificados. | | |
| RTU (individual o empresa) | | |
| Patente de Comercio (si aplica) | | |
| Patente de Sociedad (si aplica) | | |

Firma del asesor
USO DE GERENCIA DE SEGUROS

Sello-Seguros

Fecha de cálculo:

Analista de Seguros:

1

Llenado de cotización para tarificación



2

Listado de documentos que debe adjuntar

- ✓ Avalúo de la propiedad a asegurar
- ✓ Fotocopia legible del Documento de Identificación (DPI)
- ✓ Fotocopia de NIT.
- ✓ Recibo de agua, energía eléctrica o teléfono donde reside
- ✓ FEIC debidamente verificado
- ✓ Patente de comercio (si aplica)
- ✓ Patente de sociedad (si aplica)



Conclusiones



- Asegurar la correcta aplicación de cada etapa del proceso



- Mantener un enfoque centrado en el cliente para mejorar la experiencia



- Consultar al equipo de Banca Seguros ante cualquier duda

CONTACTÁNOS



Lucia Valery Haydeé Alcot Garcia

Correo electrónico: lucia.alcot@chn.com.gt

Teléfono: 2290-7000 ext. 4027



María Sandra Pérez Aguilón

Correo electrónico: maria.perez@chn.com.gt

Teléfono: 2290-7400 ext. 51016

Celular: 3726-1763



Comercial Banca Seguros

comercialbancaseguros@chn.com.gt

Teléfono: 2290-7400 ext. 51016 y 51002



BANCO CHN

CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL