

CONSENTIMIENTO
PÓLIZA VIVO SEGURA
Seguro Colectivo de Vida y Cáncer para Mujeres

Tipo de moneda: ☐ Quetzales ☐ Dólares Otra Moneda: _____

CONTRATANTE: _____

Me adhiero a la solicitud para ser incluida como Asegurada en la Póliza de Seguro Colectivo de Vida y Cáncer para Mujeres, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

1. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de Casada
Tipo de documento de identificación:		Número de documento de identificación:
Nacionalidad:	Otra nacionalidad:	Fecha de nacimiento(dd/mm/aa): Edad:
Lugar de nacimiento:	NIT:	Estado civil:
Sexo:	Correo electrónico / e-mail:	
F		
Dirección de la Solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, colonia otro.)		
Zona:	Municipio:	Departamento:
No. de celular:	Teléfono de casa:	Teléfono de oficina:
Ocupación o empleo actual:	Lugar de trabajo:	
Fecha de solicitud del seguro:	Actividad de la Solicitante:	

Declaro que estoy enterada que la suma asegurada consignada en este consentimiento está determinada de acuerdo con las normas establecidas en la solicitud de seguro, firmada por el Contratante.

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS

Beneficios	Suma Asegurada

Servicios Médicos

3. FORMA DE PAGO / INFORMACION PARA FACTURACIÓN

Periodicidad de pago: _____

Facturar a nombre de: _____

Dirección: _____ N.I.T: _____

4. BENEFICIARIOS

Designación de Beneficiarios: _____

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

En caso ocurriera el fallecimiento de algún beneficiario antes que la Asegurada, la parte correspondiente a dicho beneficiario se distribuirá entre los restantes.

5. PAGO DE LA PRIMA

La prima será pagada:

- a) _____ Sin contribución
- b) _____ Con contribución, debiendo contribuir cada Asegurado con el _____ % total de la prima.

6. Información del SOLICITANTE para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra Lavado de Dinero y Otros Activos

6.1	La Solicitante es Persona Expuesta Políticamente *(PEP)* :	Si ☐	No ☐
6.2	Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*/	Si ☐	No ☐
6.3	Es asociada cercana de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*/	Si ☐	No ☐
6.4	La solicitante actúa en nombre propio:	Si ☐	No ☐
6.5	Es Ciudadana o residente permanente de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
6.6	Posee documento de identidad Green Card:	Si ☐	No ☐
6.7	Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
6.8	Ingresos mensuales:	Si ☐	No ☐

(PEP): Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella que tiene o se le ha confiado una función prominente en una organización internacional, así como, los dirigentes de partidos políticos nacionales y de otro país que por su perfil están expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica.

***/** Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).

7.1 DECLARACIÓN DE SALUD

- A) ¿Ha padecido usted, en los últimos 10 años, algún tipo de cáncer, tumor, quiste o crecimiento? NO ☐ SI ☐
- B) ¿Padece alguna enfermedad grave actualmente?
- C) ¿Alguno de sus padres biológicos, hermanos o hermanas han desarrollado o muerto a causa de cáncer antes de haber cumplido 65 años?

En caso de cualquier respuesta afirmativa, utilice los siguientes renglones para dar detalles (diagnóstico, fecha de diagnóstico, estudios realizados, resultados, evolución, tratamiento, secuelas, etc.)

7.2 DECLARACIONES ADICIONALES

1. Tengo conocimiento que Aseguradora Rural, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.
2. 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 Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.
3. Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud autorizo:
 - I. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada medicamento para proveer a la Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
 - II. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.

Con la firma de este Consentimiento autorizo a Aseguradora Rural, S.A., a:

- a. A que pueda efectuar la renovación automática del Certificado Individual.
 - b. Que me envíen el Certificado Individual, Anexo(s) contratado(s), Condiciones Generales, Condiciones Particulares que correspondan, por medio de comunicación electrónica.
- Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Nombre: _____ Firma de la Solicitante
Número de identificación: _____

8. AUTORIZACIÓN

Yo _____
Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo a mi cuenta bancaria No. _____ o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida.

☐ Caja ☐ Depósito Monetario ☐ Depósito Ahorro Fecha de Débito: _____
☐ Tarjeta de crédito _____ Fecha de vencimiento: Mes _____ Año: _____

Número de documento de identificación: _____ f) Cuentahabiente o Tarjetahabiente
Lugar: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CERTIFICADO INDIVIDUAL
PÓLIZA VIVO SEGURA
Seguro Colectivo de Vida y Cáncer para Mujeres

Póliza No. _____

No. De Certificado _____

CONTRATANTE:**1. INFORMACIÓN DE LA ASEGURADA**

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres
---------------	----------------	---------------

Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de Casada
-----------------	------------------	--------------------

Tipo de documento de identificación:	Número de documento de identificación:
--------------------------------------	--

Nacionalidad:	Otra nacionalidad :	Fecha de nacimiento(dd/mm/aa):	Edad:
---------------	---------------------	--------------------------------	-------

Dirección de la Solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, colonia o barrio):

Zona:	Municipio:	Departamento:
-------	------------	---------------

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS

Beneficios	Suma Asegurada

Servicios Médicos**3. VIGENCIA, PRIMA**

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha de fin de vigencia: _____

Prima anual a pagar: _____ Moneda: _____

Periodicidad de pago: _____ Valor de prima fraccionada: _____

3. BENEFICIARIOS

Designación de Beneficiarios:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

4. ACLARACIONES

1. Aseguradora Rural, S.A., podrá efectuar la renovación automática del Certificado Individual.
2. Quedan cubiertos los tipos de cáncer indicados en las Condiciones Generales siempre y cuando haya transcurrido el período de espera indicado.

Aseguradora Rural, S.A., pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales, Anexos contratados y Condiciones Particulares de este Certificado. El pago se hará a los beneficiarios designados por la Asegurada después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista, siempre y cuando el seguro se encuentre en vigor. La mora en el pago de la prima convenida en los certificados o anexos que se emitan con fundamento en la póliza, producirá la terminación automática del seguro. Se entenderá que existe mora cuando transcurridos 30 días corridos de finalizado plazo para el pago, según la opción de pago adoptada, la prima de seguro no hubiere sido pagada a la Aseguradora.

Obligaciones de la Asegurada o Beneficiario en caso de siniestro:

Para acceder al beneficio de este seguro, la Asegurada o Beneficiario(s) deben dar aviso al Contratante dentro de los quince (15) días calendario de ocurrido el siniestro. A su vez, el contratante está obligado a notificarlo a la Aseguradora dentro de los diez (10) días calendario del mes siguiente a aquél en el que la Asegurada o Beneficiario(s) le informó del siniestro.

Procedimiento para el pago del Reclamo:

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del diagnóstico por primera vez del cáncer femenino cubierto por esta póliza, después del periodo de espera y ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la Asegurada o beneficiarios(s), que tiene derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractares y legales del caso.

El pago de los Servicios Médicos se hará a través de la Red de Proveedores de la Aseguradora.

La Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las Oficinas de la Aseguradora.

Cualquier otro tipo de cáncer que no tenga origen en cualquiera de los cánceres femeninos cubiertos, indicados en este Certificado Individual queda excluido de la cobertura del seguro.

Se adhieren a este Certificado Individual los siguientes documentos: Condiciones Generales, Anexos contratados y Condiciones Particulares, que serán enviados por medio comunicación electrónica o descargándolos en la página web de Aseguradora Rural, S.A.:

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Aseguradora Rural, S.A.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.