

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

1. Nombre del Contratante o Denominación Social: _____
 Actividad: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Municipio: _____ Departamento: _____ País: _____
 Tel. Oficina: _____ Fax: _____ E-mail: _____
 NIT: _____

2. Grupo Asegurado: _____
 Vínculo o Relación con el Contratante: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Municipio: _____ Departamento: _____ País: _____
 Contributiva: SI o NO Porcentaje de contribución: _____
 Forma de Pago: Mensual Trimestral Semestral Anual
 Moneda: _____

NÚMERO DE ASEGURADOS	INICIO DE VIGENCIA	FIN DE VIGENCIA	PRIMA ANUAL	EDAD LÍMITE DE COBERTURA

Cuadro de Beneficios

Beneficio	Máximo Vitalicio	Límite o Períodos de Espera	Deducible		% Participación del Asegurado	
			Anual	Por Evento	Mundial	Centroamérica

Se entiende por Territorio:
 Centroamérica:
 Mundial:

De conformidad con la solicitud y las demás declaraciones escritas del Contratante del seguro colectivo de gastos médicos, ASEGURADORA RURAL, S.A. (en adelante llamada la Compañía) cubrirá de acuerdo con las condiciones de esta póliza los gastos médicos incurridos que sean necesarios y acostumbrados, a consecuencia de una lesión corporal accidental o por tratamiento médico de una enfermedad, siempre y cuando no estén expresamente excluidos en las Condiciones Generales de la Póliza.

Lugar y fecha

Firma del Contratante

Nombre del Agente: ----- No. -----

Firma del Agente

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

ESTE CONTRATO INCLUYE ACUERDO DE ARBITRAJE A ELECCIÓN DEL ASEGURADO

Contratante

Nombre o Denominación Social:

Dirección:

Número de Teléfono:

Actividad:

Forma de Pago:

Prima Inicial:

Moneda:

NIT.:

Grupo Asegurado**Cuadro de Beneficios**

Beneficio	Máximo Vitalicio	Límite o Períodos de Espera	Deducible Por		% Participación del Asegurado	
			Anual	Evento	Mundial	Centroamérica

Se entiende por Territorio:

Centroamérica:

Mundial:

Rango de Edades**Prima Anual por Asegurado**

0-19 años	Q
20-34 años	Q
35-44 años	Q
45-54 años	Q
55-64 años	Q
Más de 64 años	Q

Plazo de Vigencia del Contrato

INICIO	TERMINACIÓN
D M A	D M A

ASEGURADORA RURAL, S.A., con domicilio en la ciudad de Guatemala, al recibir pruebas fehacientes de la ocurrencia del siniestro de cualquiera de los miembros del grupo asegurado, pagará el importe del seguro que proceda de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la Póliza. La Póliza

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del

entra en vigor en la fecha de inicio arriba indicada. Las primas son pagaderas por el Contratante a la vigencia de la Póliza y según la forma de pago contratada.

En testimonio de lo cual **ASEGURADORA RURAL, S.A.**, firma la presente Póliza en la Ciudad de Guatemala, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

ASEGURADORA RURAL, S.A.

REPRESENTANTE LEGAL

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL
 ESTE CONTRATO INCLUYE ACUERDO DE ARBITRAJE A ELECCIÓN DEL ASEGURADO

Póliza No. _____ Consentimiento-Certificado Individual No. _____

Código Agencia _____ Iniciales Empleado _____

Me adhiero a la solicitud para ser incluido como asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos, para lo cual suministro la siguiente información:

Datos del Contratante:

Nombre o Denominación Social: _____

Dirección: _____

Grupo Asegurado: _____

Relación o Vínculo con el Asegurado: _____

Datos Generales del Asegurado Principal

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

Municipio: _____

Fecha de Nacimiento: _____

No. Cédula/DPI: _____

Fecha de ingreso al Seguro: _____

Fecha inicio de vigencia de la póliza: _____

Departamento: _____

Edad en años: _____

Sexo: _____

NIT: _____

Teléfono: _____

Ocupación: _____

Estado Civil: _____

Fumador: _____

Fecha fin de vigencia de la póliza: _____

Datos de los Dependientes:**Edad****Sexo****Fumador**

Nombre: Cónyuge _____

Hijos _____

Cuadro de Beneficios

Beneficio	Máximo Vitalicio	Limite o Períodos de Espera	Deducible Por		% Participación del Asegurado	
			Anual	Evento	Mundial	Centroamérica

Total Prima**Prima Fraccionada:**

Contributiva: Si No % contribución: _____

Se entiende por Territorio:**Centroamérica:****Mundial:**

DECLARACIÓN DE SALUD

- A. Padece alguna enfermedad actualmente NO SI
- B. En los últimos doce meses ha estado bajo tratamiento médico NO SI
- C. Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo NO SI

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique el nombre de la persona que tiene el padecimiento: _____

Informe la clase de enfermedad, tratamiento médico o incapacidad física, así como el nombre y dirección del médico tratante: _____

Declaro que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o sida. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, no tendré derecho a ningún beneficio descrito en este Consentimiento-Certificado Individual, quedando como única obligación de la Compañía la devolución de las primas. Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar los datos que posean de mi estado de salud. Aseguradora Rural, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad.

Aseguradora Rural, S.A. pagará las sumas aseguradas que se indican para cada beneficio y de acuerdo con lo que se estipula en las condiciones generales de la póliza. 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 contrato. Se entenderá que existe mora cuando transcurridos 30 días después de cada fecha de pago, no hubiere sido pagada la prima de seguro.

AUTORIZACIÓN

Como Asegurado de la Póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos indicada anteriormente autorizo al Contratante para que se haga el cargo a mi cuenta Número _____ por el importe de la prima correspondiente al Plan de Seguro y la Periodicidad de pago seleccionados.

DEPÓSITOS MONETARIOS DEPÓSITOS DE AHORRO TARJETA DE CRÉDITO

Se firma el presente Consentimiento-Certificado Individual en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

(f) _____ (f) _____ (f) _____
 Asegurado Cuentahabiente o Tarjetahabiente Aseguradora Rural S. A.
 No. Cédula /DPI: _____ No. Cédula/DPI: _____

ESTE CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL CONSTA DE LAS SIGUIENTES PARTES:

- Copia de este Consentimiento-Certificado Individual.
- Condiciones Generales.

