SOLICITUD-CERTIFICADO DEL ANEXO DE COBERTURA FAMILIAR
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

Seguro indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas y hospitalización
ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE A OPCIÓN DEL ASEGURADO

Póliza No. _____ **Consentimiento-Certificado Individual No.** _____ **Código de Agencia** _____

Solicito la inclusión de mi Grupo Familiar Primario en la Póliza de Seguro Colectivo de Hospitalización, para lo cual suministro los siguientes datos:

Datos Generales del Asegurado

Nombres y Apellidos:
Estado Civil: No. de Cédula/DPI: Fecha de ingreso al Seguro:

Programa de Beneficios

Edad	Prima	Forma de Pago
0-[illegible] años	Q. ____	
31-45 años	Q. ____	
46-60 años	Q. ____	
Más de 60 años	Q. ____	

Designación del Grupo Familiar Primario

Nombres y Apellidos Completos:	*Fecha de Nacimiento:*	*Parentesco:*

DECLARACIÓN DE SALUD DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Alguna de las personas que integran el grupo familiar:

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

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 todos los miembros del Grupo Familiar Primario arriba indicados se encuentran en buen estado de salud y que no padecen ni se les ha diagnosticado ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o sida. También declaro que las habilidades físicas del Grupo Familiar Primario no se encuentran limitadas y no padecen 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 tendrán derecho a ningún beneficio descrito en la Póliza, quedando como única obligación de La Compañía la devolución de primas. Autorizo a los médicos y hospitales que los han atendido, a suministrar los datos que posean del estado de su 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.

Se firma la presente Solicitud-Certificado en _____ a los _____días del mes de _____ de _____.

(f) _____
Aseguradora Rural S. A.

(f) _____
Asegurado
Cédula/DPI: _____

ANEXO DE COBERTURA FAMILIAR
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE HOSPITALIZACIÓN
Seguro indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas y hospitalización

Para adherir y formar parte de la póliza No._____
Consentimiento-Certificado Individual No. _____
Emitido a nombre de: _____
Vigencia del Anexo del :_____al:_____

Por medio del presente Anexo se hace constar que quedan cubiertos los integrantes del Grupo Familiar Primario designados en la Solicitud-Certificado del Anexo de Cobertura Familiar.

Se define como Grupo Familiar Primario: Al Cónyuge o Conviviente de hecho declarado legalmente del Asegurado, los Hijos del Asegurado o del Cónyuge o Conviviente, Hijos legalmente adoptados e Hijos para los cuales el Asegurado o Cónyuge o Conviviente ha sido designado como Tutor Legal o sobre los cuales tiene la patria potestad.

Para efectos de este Anexo, el término Asegurado se amplia a todos los miembros del Grupo Familiar Primario indicados en la Solicitud-Certificado del Anexo de Cobertura Familiar.

El objeto de la cobertura de este Anexo es otorgar una indemnización en el caso de que alguno o varios de los miembros del Grupo Familiar Primario hayan requerido o requieran de una hospitalización y/o intervención quirúrgica por enfermedad o accidente. La Compañía indemnizará el monto indicado en el Cuadro de Indemnizaciones, previa la entrega de la documentación comprobatoria y aprobación correspondiente, hasta un máximo de dos reclamaciones por año de vigencia de este Anexo. La cobertura incluye los honorarios médicos.
Los hijos nacidos durante la vigencia del presente Anexo quedarán automáticamente incluidos y los que cumplan los 21 años de edad durante dicha vigencia quedarán automáticamente excluidos, sin necesidad de emisión de anexo correspondiente.

Así mismo, todas las disposiciones y exclusiones de la Póliza de Seguro Colectivo de Hospitalización, Seguro indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas, aplican para el Grupo Familiar Primario.

En fe de lo cual se firma y sella el presente Anexo, en la ciudad de Guatemala, a los _____ días del mes de _____ del año_____.

ASEGURADORA RURAL, S.A.

REPRESENTANTE LEGAL