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		% Participación del Asegurado	
			Anual	Por 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

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: Teléfono:
Municipio: Departamento: Ocupación:
Fecha de Nacimiento: Edad en años: Sexo: Estado Civil:
No. Cédula/DPI: NIT: Fumador:
Fecha de ingreso al Seguro:
Fecha inicio de vigencia de la póliza: Fecha fin de vigencia de la póliza:

Datos de los Dependientes: Edad Sexo Fumador

Nombre: Cónyuge
Hijos

Cuadro de Beneficios

Beneficio	Máximo Vitalicio	Límite o Períodos de Espera	Deducible Anual	Deducible Por Evento	% Participación del Asegurado Mundial	% Participación del Asegurado 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 paraplejia, cuadriplejia, 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.

ASEGURADORA RURAL, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

REGISTRO DE ASEGURADOS

PÓLIZA No.: _____
GRUPO ASEGURADO: _____
VIGENCIA: DEL _____ AL _____

No. Correlativo	CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL No.	APELLIDOS	NOMBRES	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	FUMADOR	FECHA DE INGRESO	MÁXIMO VITALICIO	DEDUCIBLE ANUAL	DEDUCIBLE POR EVENTO	LÍMITE O PERÍODO DE ESPERA	% PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO	PRIMA ANUAL
				TOTALES					Q.					Q.
				PROMEDIO					Q.					Q.

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

ANEXO RESOLUCIÓN No. 1554-2012
HOJA No. 22