PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

Seguro indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas y hospitalización

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE

Contratante

Nombre:
Dirección:
Número de Teléfono:
Actividad:
Plan de Pago: Prima:
NIT:

Coberturas Amparadas	Suma Asegurada
Seguro indemnizatorio según Cuadro de Indemnizaciones	*Según Cuadro de Indemnizaciones*

Rango de Edades	Prima	Periodicidad
0-30 años	*Q*	
31-45 años	*Q*	
46-60 años	*Q*	
Más de 60 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 cualesquiera de los miembros de la colectividad asegurada, 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 iniciación arriba indicada. Las primas son pagaderas por el Contratante a la vigencia de la Póliza y según el Plan de Pago contratado.

En testimonio de lo cual **ASEGURADORA RURAL, S.A.**, firma la presente Póliza en la ciudad de Guatemala, el de del .

ASEGURADORA RURAL, S.A.

Firma Autorizada

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

Seguro indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas y hospitalización

CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO.

La Solicitud de seguro, la Carátula, el Consentimiento -Certificado Individual, las Condiciones Generales, el Registro de Asegurados y cualquier anexo o endoso que se adhiera a la Póliza forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante La Compañía, y El Contratante.

El Contratante, al recibir esta Póliza, debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a La Compañía.

2. DEFINICIONES.

Asegurado. Es la persona que cumple con los requisitos de asegurabilidad y que a solicitud del Contratante, ha quedado amparada bajo esta Póliza de Seguro indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas y hospitalización.

Cuadro de Indemnizaciones. Es la relación que se muestra en el reverso de cada Consentimiento-Certificado Individual y que forma parte integrante de la Póliza, en donde se indica el monto con que se indemnizará la hospitalización y/o intervención quirúrgica en caso de que se presente un padecimiento de los descritos en el Cuadro.

Cobertura Básica. Corresponde a los gastos efectuados por hospitalización y/o intervención quirúrgica de cualquier Asegurado bajo esta Póliza y contenido en el Cuadro de Indemnizaciones establecido en el reverso del Consentimiento-Certificado Individual. La cobertura incluye los honorarios médicos. Se considera hospitalización si el Asegurado permanece hospitalizado un mínimo de 6 horas.

Contratante. Es aquella persona natural o jurídica que contrata la Póliza siendo responsable ante La Compañía de recaudar la prima del seguro en su totalidad.

Edad. Es la edad alcanzada efectivamente por cada Asegurado, que sirve para determinar la prima anual inicial o de renovación de la cobertura básica.

Emergencia. Es aquella situación derivada de una enfermedad o accidente que pone en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano y que requiere ser atendida en forma inmediata.

Indemnización Pactada. Responsabilidad de La Compañía que aparece anotada para cada enfermedad o padecimiento en el Cuadro de Indemnizaciones. Toda reclamación será indemnizada con el monto indicado en dicho Cuadro, siempre que el Asegurado que haya presentado una reclamación cumpla con lo dispuesto en la cláusula 9. Obligaciones del Asegurado que se indica posteriormente.

Intervención Quirúrgica: Cirugía o procedimientos en sala de operaciones con incisión; la sutura de una herida con procedimiento quirúrgico en emergencia; el tratamiento de una fractura; la reducción de una luxación; electrocauterizaciones; procedimientos endoscópicos para diagnósis o terapia; procedimientos endoscópicos de las diversas especialidades y las venas varicosas.

Médico Colegiado. Es la persona legalmente autorizada para ejercer la medicina, reconocida por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

Padecimiento Congénito. Alteración fisiológica y/o morfológica del estado de la salud que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que dichas alteraciones sean evidentes al momento del nacimiento o se manifiesten con posterioridad.

Padecimiento Preexistente. Es aquél:
Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o

Que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.

Período de Espera: Tiempo comprendido entre la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y el momento en que entra en vigor la cobertura de los padecimientos a los que, conforme el Cuadro de Indemnizaciones, les aplica dicho período de espera, el cual es de ciento ochenta (180) días.

Período de Gracia. Lapso de cuarenta y cinco días corridos que tiene El Contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas. Durante este período, la cobertura de la Póliza o del Consentimiento-Certificado Individual está en pleno vigor.

Prima Total. La prima total es igual a la suma de las primas individuales de todos los Asegurados, calculadas al rango de edad alcanzado en las fechas de inicio de vigencia o renovación de la Póliza o del Consentimiento-Certificado Individual.

Programa de Beneficios. El conjunto de coberturas básicas cuyas características de contratación y vigencia constan en el Consentimiento-Certificado Individual.

Vigencia. Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efectos las coberturas. Dicho período comienza a las cero horas del día de inicio y termina a las 24 horas del día de finalización de la vigencia.

3. COBERTURA.

El objeto de la cobertura de este seguro es el de dar una indemnización al Asegurado que haya requerido o requiera 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 del Consentimiento-Certificado Individual del Asegurado. La cobertura incluye los honorarios médicos.

4. MODIFICACIONES.

Toda notificación a La Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse a sus oficinas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS.

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado en el Consentimiento-Certificado Individual, o cualquier otro documento relacionado con el seguro otorgado por esta Póliza, acerca de cualquier circunstancia, que aminore el concepto de

gravedad del riesgo o cambie el objeto del mismo, dará lugar a la terminación del contrato conforme a lo estipulado en el Código de Comercio de Guatemala.

6. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES.

Puede ser Contratante la persona natural o jurídica, capaz de celebrar la contratación de la Póliza con el consentimiento de los componentes del Grupo Asegurado. La solicitud que ha servido de base para expedir la presente Póliza, ha sido suscrita por El Contratante.
Son obligaciones del Contratante:

a) Recaudar y pagar en las oficinas centrales de La Compañía, la prima de la Póliza.

b) Informar por escrito a La Compañía, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:

1. Nuevos ingresos al grupo, con su respectivo Consentimiento-Certificado Individual.
2. Separaciones definitivas del grupo.
3. Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza, y,
4. Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que La Compañía decida al respecto.

c) Dar a conocer a las personas que se aseguren, la necesidad de declarar exactamente la edad.

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a La Compañía, en un término que no exceda de 8 días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Compañía podrá decidir a su juicio, y conforme a la ley, la rescisión de la Póliza durante los 30 días corridos siguientes a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán 30 días corridos después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará al Contratante, la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

7. PAGO DE PRIMAS Y PERÍODO DE GRACIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

La prima es la retribución o precio del seguro y conforme la ley deberá pagarse por El Contratante en el momento de la celebración del contrato, salvo pacto en contrario.

Si El Contratante y La Compañía acuerdan pagos fraccionados de la prima, los pagos vencerán en la fecha estipulada. El Contratante gozará de un período de cuarenta y cinco (45) días corridos para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones de la prima pactadas en el contrato.

Es y queda convenida la condición resolutoria expresa, que si El Contratante deja de pagar la prima al vencer el período de gracia, la cobertura del contrato de seguro quedará sin ningún efecto ni validez legal desde el día del vencimiento de la prima no pagada, sin necesidad de declaratoria judicial, ni de emisión de endoso de cancelación y La Compañía queda relevada de cualquier responsabilidad, de conformidad con lo previsto en los artículos 1278 y 1581 del Código Civil.

8. CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

a) ALTAS DE ASEGURADOS.- Las personas que cumplan los requisitos establecidos por La Compañía, podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza, siempre que éstas mantengan su calidad de cliente del Contratante. En este caso, la vigencia del seguro iniciará en la fecha que indique el Consentimiento-Certificado Individual. La Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. La Prima por

cada miembro asegurado, se determinará tomando en cuenta meses completos, a partir del mes siguiente al que causó alta.

b) BAJAS DE ASEGURADOS.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparadas por la presente Póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el Consentimiento-Certificado Individual de seguro emitido a su favor por La Compañía. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por La Compañía. La prima no devengada por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando La Compañía la prima correspondiente al mes durante el cual suceda la baja.

9. EXAMEN MÉDICO.

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente una reclamación y también tendrá el derecho y la oportunidad de solicitar que se lleve a cabo una autopsia en caso de muerte siempre que no esté prohibido por la ley y que sea pagadera una indemnización amparada por la Póliza. Todos los gastos que éstos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por La Compañía.

10. EXCLUSIONES.

La Compañía no hará ningún pago que derive de padecimientos, lesiones o enfermedades a consecuencia de:

a) Padecimientos preexistentes.

b) Padecimientos congénitos.

c) Desórdenes mentales o nerviosos, trastornos de la conducta, el lenguaje y el aprendizaje.

d) Alcoholismo o toxicomanía.

e) Insurrección o guerra, declarada o no, o de participación voluntaria en motines, huelgas o conmociones civiles.

f) Participación activa en riñas, cuando no sea en legítima defensa.

g) Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o accidentes.

h) Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

i) Práctica de cualquier afición o deporte peligroso (durante el entrenamiento y la competencia) tales como caza, automovilismo, motociclismo, aviación, buceo, boxeo, montañismo, hípica.

j) Cualquier hospitalización que se derive o sea consecuencia de que el Asegurado se encuentre bajos efectos de alcohol o estupefacientes.

k) Cualquier hospitalización o cirugía que se derive o sea consecuencia de que el Asegurado este participando en actividades ilícitas.

Tampoco La Compañía pagará en los siguientes padecimientos o tratamientos:

a) Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad y sus complicaciones.

b) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir presbicia, miopía, hipermetropia, astigmatismo, cataratas, estrabismo y sus complicaciones.

c) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, rejuvenecimiento o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta, ocurrida durante la vigencia de este seguro.

d) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir la calvicie, la reducción de peso o la obesidad.

e) Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y padecimientos congénitos.

f) Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.

g) Tratamiento no quirúrgico de la tuberculosis.

h) Purificación de la sangre por diálisis en caso de fallo del riñón.

i) Exámenes médicos de chequeo, hospitalizaciones para diagnóstico, exámenes de rayos X, fisioterapia, terapia de rayos X, radioterapia, radio o isótopos.

j) Exámenes dentales, extracciones y cuidados dentales de todo tipo a excepción de los que sean a consecuencia directa de un accidente.

k) Exámenes para la adquisición de anteojos y/o lentes o de ayudas acústicas.

l) Todo tratamiento experimental que no sea generalmente aceptado por la medicina (por ejemplo acupuntura).

m) Adquisición de sangre y plasma.

n) Adquisición de dispositivos artificiales para uso médico.

11. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Contratante y el Asegurado están obligados a:

a. Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por La Compañía de manera que pueda comprobarse el derecho a indemnización con respecto a la hospitalización y/o intervención quirúrgica, y

b. Suministrar cualquier documentación adicional que La Compañía pueda requerir para su comprobación.

12. RECLAMACIONES.

Aviso de la Reclamación

El aviso escrito de la hospitalización y/o intervención quirúrgica por enfermedad o accidente sobre la cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregado prontamente a La Compañía, y en todo caso, dentro de los 15 días hábiles, de haberse incurrido en cualquier gasto médico conforme lo establecido en la Cláusula 3.

El aviso dado por o en nombre del reclamante a La Compañía o a cualquiera de sus agencias autorizadas, con datos suficientes para identificar al Asegurado, se considerará como aviso a La Compañía.

Prueba de Pérdida

Al recibir tal aviso, La Compañía suministrará los formularios al reclamante para la presentación de la prueba de pérdida. Los formularios deben llenarse y devolverse a La Compañía dentro de los 30 días siguientes a la fecha de entrega de dichos formularios.

La falta de envío del aviso de la reclamación o de la prueba de pérdida, dentro de los límites de tiempo estipulados arriba, no invalidará o reducirá la reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible enviar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se enviaron tan pronto como fue razonablemente posible.

Pago de La Compañía

Todo pago conforme esta Póliza se hará al Asegurado o a sus Beneficiarios, de acuerdo con las anteriores disposiciones y a los exámenes médicos, excepto en el caso que La Compañía determine que el Asegurado es incompetente o por cualquier razón incapaz de otorgar el documento legal correspondiente y no haya tutor asignado. En este caso, La Compañía pagará la cantidad pagadera al Asegurado, a la persona o institución que demuestre, en forma fehaciente, que tiene la representación legal correspondiente.

Queda entendido y convenido que en caso de ocurrir un siniestro, el Asegurado está obligado a pagar la totalidad de la prima y los gastos correspondientes a la hospitalización y/o intervención quirúrgica, como condición previa para que La Compañía entre a conocer su reclamo.

13. RECLAMACIÓN FRAUDULENTA.

En el caso de que La Compañía compruebe que la reclamación presentada por el reclamante es fraudulenta, La Compañía quedará liberada de toda obligación con respecto al Consentimiento-Certificado individual correspondiente.

Se considera reclamación fraudulenta la comprendida en alguno de los siguientes incisos:

a) Cuando en apoyo de la reclamación, se hagan o utilicen declaraciones falsas;
b) Cuando se empleen medios o documentos falsos, engañosos o fraudulentos;
c) Cuando el padecimiento haya sido voluntariamente causado por el Asegurado, cualquiera que haya sido su estado mental.

14. RECTIFICACIÓN DE EDAD.

Si se comprobase que la edad real del Asegurado es mayor a la asentada en el Consentimiento-Certificado Individual, cualquier cantidad pagadera será la proporción entre la prima efectivamente pagada y la que habría aplicado utilizando los datos correctos.

Si la edad real excede los límites de aceptación de la cobertura, La Compañía devolverá el importe pagado desde la última renovación o desde el inicio de vigencia si no ha habido renovaciones.

15. RENOVACIÓN.

Al finalizar el plazo de vigencia de la Póliza, podrá ser renovada automáticamente por La Compañía conforme a las tarifas y cuadro de indemnizaciones cubiertos en vigor al momento de cada una de las renovaciones, manteniendo las mismas condiciones de contratación, siempre dentro de los límites de aceptación de cada cobertura.

Las edades de contratación serán desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 74 años si el Asegurado cumple un mínimo de 5 años ininterrumpidos en la Póliza.

16. REHABILITACIÓN.

En caso de falta de pago de la prima convenida, la aceptación posterior de una prima por La Compañía o por cualquiera de sus agentes debidamente autorizados, rehabilitará la cobertura, previo análisis, clasificación y aceptación del riesgo.

17. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

No obstante el término de vigencia de la Póliza, tanto El Contratante como La Compañía, podrán dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince días de aviso previo dado por escrito a la contraparte.

Cuando sea La Compañía la que dé por terminado el contrato, devolverá al Contratante la parte de la prima, libre de gastos y recargos, proporcional al tiempo que falte por transcurrir para que termine la vigencia de la Póliza.

Cuando sea El Contratante quien dé por terminado el contrato, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo que estuvo en vigor el seguro conforme a la Tabla de Cancelación a Corto plazo, de la prima anual del año correspondiente.

Tabla de Cancelación a Corto Plazo

Período de vigor del seguro	Porcentaje de la Prima Anual al que La Compañía tendrá derecho
Hasta 10 días	10%
Hasta 1 mes	20%
Hasta 1 ½ mes	25%
Hasta 2 meses	30%
Hasta 3 meses	40%
Hasta 4 meses	50%
Hasta 5 meses	60%
Hasta 6 meses	70%
Hasta 7 meses	75%
Hasta 8 meses	80%
Hasta 9 meses	85%
Hasta 10 meses	90%
Hasta 11 meses	95%
Hasta 12 meses	100%

18. SOLUCIÓN DE CONFICTOS ENTRE LAS PARTES

Cualquier diferencia que pudiera surgir, agotada la vía conciliatoria, se resolverá, a elección del asegurado o del beneficiario, acudiendo a los tribunales competentes del Departamento de Guatemala o por medio de un procedimiento arbitral, de conformidad con la Ley de Arbitraje y el Reglamento de Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, CENAC, observándose las siguientes reglas:

Si el conflicto se fundase en la aplicación, interpretación y/o el cumplimiento del contrato, el asunto será sometido a Arbitraje de Derecho y si es en relación con el monto de la indemnización, será sometido a Arbitraje de Equidad.

19. MONEDA.

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar esta Póliza, son liquidables en quetzales. En cualquier moneda distinta al quetzal se aplicará el tipo de cambio de referencia del Banco de Guatemala.

20. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que deriven de esta Póliza, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

21. ESTIPULACIÓN LEGAL

La presente Póliza estará sujeta a lo que establece el artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala, que por mandato legal se transcribe a continuación:

"ARTÍCULO 673. Contratos mediante pólizas. En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último."

Seguro indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas y hospitalización
CONSENTIMIENTO- CERTIFICADO INDIVIDUAL

Póliza No. _____ Código de Agencia _____ No. de Certificado_____

Me adhiero a la solicitud para ser incluido como Asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de Hospitalización, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

Datos Generales del Asegurado

Nombres y Apellidos:
Dirección: Teléfono:
Municipio: Departamento: Ocupación:
Fecha de Nacimiento: Edad en años: Sexo: Estado Civil:
No. de Cédula: NIT:
Fecha de Ingreso al Seguro:

Programa de Beneficios

Según Cuadro de Indemnización del reverso de este documento

Edad	Prima	Forma de Pago
0-30 años	Q ___	
31-45 años	Q ___	
46-60 años	Q ___	
Más de 60 años	Q ___	

Designación de Beneficiarios

Nombre:	*Edad:*	*Parentesco:*

Si ocurriera el fallecimiento de cualquier beneficiario, antes del mío, lo que corresponde a dicho beneficiario se otorgara a los beneficiarios sobrevivientes o si no hay, a mis herederos legales. Reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba.

DECLARACIÓN DE SALUD

A. Padece alguna enfermedad grave 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 padecimiento, nombre y dirección del médico o la clase de incapacidad:_____

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, cuadraplejía, 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 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 cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las condiciones generales de la Póliza. El pago se hará al Asegurado o a sus beneficiarios, después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este Consentimiento-Certificado Individual, siempre y cuando el seguro respectivo 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 Consenitmiento-Certificado Individual. Se entenderá que existe mora cuando transcurridos 45 días corridos de finalizado cada período mensual, trimestral, semestral o anual amparado, no hubiere sido pagada por parte del Contratante a La Compañía, la prima de seguro correspondiente.

AUTORIZACIÓN

Como Asegurado de la Póliza Colectiva indicada anteriormente autorizo al Contratante para que se haga el cargo a mi cuenta _____ _____ por el importe de la prima correspondiente al Plan de Seguro en la periodicidad de pago seleccionada.

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)_____
Aseguradora Rural S. A. Asegurado Cuentahabiente o Tarjetahabiente
Cédula:_____ Cédula:_____

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE LAS SIGUIENTES PARTES:
- Condiciones Generales.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

Seguro indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas y hospitalización

CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO.

La Solicitud de seguro, la Carátula, el Consentimiento -Certificado Individual, las Condiciones Generales, el Registro de Asegurados y cualquier anexo o endoso que se adhiera a la Póliza forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante La Compañía, y El Contratante.

El Contratante, al recibir esta Póliza, debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a La Compañía.

2. DEFINICIONES.

Asegurado. Es la persona que cumple con los requisitos de asegurabilidad y que a solicitud del Contratante, ha quedado amparada bajo esta Póliza de Seguro indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas y hospitalización.

Cuadro de Indemnizaciones. Es la relación que se muestra en el reverso de cada Consentimiento-Certificado Individual y que forma parte integrante de la Póliza, en donde se indica el monto con que se indemnizará la hospitalización y/o intervención quirúrgica en caso de que se presente un padecimiento de los descritos en el Cuadro.

Cobertura Básica. Corresponde a los gastos efectuados por hospitalización y/o intervención quirúrgica de cualquier Asegurado bajo esta Póliza y contenido en el Cuadro de Indemnizaciones establecido en el reverso del Consentimiento-Certificado Individual. La cobertura incluye los honorarios médicos. Se considera hospitalización si el Asegurado permanece hospitalizado un mínimo de 6 horas.

Contratante. Es aquella persona natural o jurídica que contrata la Póliza siendo responsable ante La Compañía de recaudar la prima del seguro en su totalidad.

Edad. Es la edad alcanzada efectivamente por cada Asegurado, que sirve para determinar la prima anual inicial o de renovación de la cobertura básica.

Emergencia. Es aquella situación derivada de una enfermedad o accidente que pone en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano y que requiere ser atendida en forma inmediata.

Indemnización Pactada. Responsabilidad de La Compañía que aparece anotada para cada enfermedad o padecimiento en el Cuadro de Indemnizaciones. Toda reclamación será indemnizada con el monto indicado en dicho Cuadro, siempre que el Asegurado que haya presentado una reclamación cumpla con lo dispuesto en la cláusula 9. Obligaciones del Asegurado que se indica posteriormente.

Intervención Quirúrgica: Cirugía o procedimientos en sala de operaciones con incisión; la sutura de una herida con procedimiento quirúrgico en emergencia; el tratamiento de una fractura; la reducción de una luxación; electrocauterizaciones; procedimientos endoscópicos para diagnósis o terapia; procedimientos endoscópicos de las diversas especialidades y las venas varicosas.

Médico Colegiado. Es la persona legalmente autorizada para ejercer la medicina, reconocida por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

Padecimiento Congénito. Alteración fisiológica y/o morfológica del estado de la salud que tuvo su origen durante el período de gestación, independientemente de que dichas alteraciones sean evidentes al momento del nacimiento o se manifiesten con posterioridad.

Padecimiento Preexistente. Es aquél:
Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o

Que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.

Período de Espera. Tiempo comprendido entre la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y el momento en que entra en vigor la cobertura de los padecimientos a los que, conforme el Cuadro de Indemnizaciones, les aplica dicho período de espera, el cual es de ciento ochenta (180) días.

Período de Gracia. Lapso de cuarenta y cinco días corridos que tiene El Contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas. Durante este período, la cobertura de la Póliza o del Consentimiento-Certificado Individual está en pleno vigor.

Prima Total. La prima total es igual a la suma de las primas individuales de todos los Asegurados, calculadas al rango de edad alcanzado en las fechas de inicio de vigencia o renovación de la Póliza o del Consentimiento-Certificado Individual.

Programa de Beneficios. El conjunto de coberturas básicas cuyas características de contratación y vigencia constan en el Consentimiento-Certificado Individual.

Vigencia. Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efectos las coberturas. Dicho período comienza a las cero horas del día de inicio y termina a las 24 horas del día de finalización de la vigencia.

3. COBERTURA.

El objeto de la cobertura de este seguro es el de dar una indemnización al Asegurado que haya requerido o requiera 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 del Consentimiento-Certificado Individual del Asegurado. La cobertura incluye los honorarios médicos.

4. MODIFICACIONES.

Toda notificación a La Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse a sus oficinas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS.

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado en el Consentimiento-Certificado Individual, o cualquier otro documento relacionado con el seguro otorgado por esta Póliza, acerca de cualquier circunstancia, que aminore el concepto de

cada miembro asegurado, se determinará tomando en cuenta meses completos, a partir del mes siguiente al que causó alta.

b) BAJAS DE ASEGURADOS.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparadas por la presente Póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el Consentimiento-Certificado Individual de seguro emitido a su favor por La Compañía. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por La Compañía. La prima no devengada por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando La Compañía la prima correspondiente al mes durante el cual suceda la baja.

9. EXAMEN MÉDICO.

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente una reclamación y también tendrá el derecho y la oportunidad de solicitar que se lleve a cabo una autopsia en caso de muerte siempre que no esté prohibido por la ley y que sea pagadera una indemnización amparada por la Póliza. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por La Compañía.

10. EXCLUSIONES

La Compañía no hará ningún pago que derive de padecimientos, lesiones o enfermedades a consecuencia de:

a) Padecimientos preexistentes.

b) Padecimientos congénitos.

c) Desórdenes mentales o nerviosos, trastornos de la conducta, el lenguaje y el aprendizaje.

d) Alcoholismo o toxicomanía.

e) Insurrección o guerra, declarada o no, o de participación voluntaria en motines, huelgas o conmociones civiles.

f) Participación activa en riñas, cuando no sea en legítima defensa.

g) Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o accidentes.

h) Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

i) Práctica de cualquier afición o deporte peligroso (durante el entrenamiento y la competencia) tales como caza, automovilismo, motociclismo, aviación, buceo, boxeo, montañismo, hípica.

j) Cualquier hospitalización que se derive o sea consecuencia de que el Asegurado se encuentre bajos efectos de alcohol o estupefacientes.

k) Cualquier hospitalización o cirugía que se derive o sea consecuencia de que el Asegurado este participando en actividades ilícitas.

Tampoco La Compañía pagará en los siguientes padecimientos o tratamientos:

a) Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad y sus complicaciones.

b) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir presbicia, miopía, hipermetropía, astigmatismo, cataratas, estrabismo y sus complicaciones.

c) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, rejuvenecimiento o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta, ocurrida durante la vigencia de este seguro.

d) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir la calvicie, la reducción de peso o la obesidad.

e) Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y padecimientos congénitos.

f) Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.

g) Tratamiento no quirúrgico de la tuberculosis.

h) Purificación de la sangre por diálisis en caso de fallo del riñón.

i) Exámenes médicos de chequeo, hospitalizaciones para diagnóstico, exámenes de rayos X, fisioterapia, terapia de rayos X, radioterapia, radio o isótopos.

j) Exámenes dentales, extracciones y cuidados dentales de todo tipo a excepción de los que sean a consecuencia directa de un accidente.

k) Exámenes para la adquisición de anteojos y/o lentes o de ayudas acústicas.

l) Todo tratamiento experimental que no sea generalmente aceptado por la medicina (por ejemplo acupuntura).

m) Adquisición de sangre y plasma.

n) Adquisición de dispositivos artificiales para uso médico.

11. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Contratante y el Asegurado están obligados a:

a. Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por La Compañía de manera que pueda comprobarse el derecho a indemnización con respecto a la hospitalización y/o intervención quirúrgica, y

b. Suministrar cualquier documentación adicional que La Compañía pueda requerir para su comprobación.

12. RECLAMACIONES.

Aviso de la Reclamación

El aviso escrito de la hospitalización y/o intervención quirúrgica por enfermedad o accidente sobre la cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregado prontamente a La Compañía, y en todo caso, dentro de los 15 días hábiles, de haberse incurrido en cualquier gasto médico conforme lo establecido en la Cláusula 3.

El aviso dado por o en nombre del reclamante a La Compañía o a cualquiera de sus agencias autorizadas, con datos suficientes para identificar al Asegurado, se considerará como aviso a La Compañía.

Prueba de Pérdida

Al recibir tal aviso, La Compañía suministrará los formularios al reclamante para la presentación de la prueba de pérdida. Los formularios deben llenarse y devolverse a La Compañía dentro de los 30 días siguientes a la fecha de entrega de dichos formularios.

La falta de envío del aviso de la reclamación o de la prueba de pérdida, dentro de los límites de tiempo estipulados arriba, no invalidará o reducirá la reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible enviar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se enviaron tan pronto como fue razonablemente posible.

Pago de La Compañía

Todo pago conforme esta Póliza se hará al Asegurado o a sus Beneficiarios, de acuerdo con las anteriores disposiciones y a los exámenes médicos, excepto en el caso que La Compañía determine que el Asegurado es incompetente o por cualquier razón incapaz de otorgar el documento legal correspondiente y no haya tutor asignado. En este caso, La Compañía pagará la cantidad pagadera al Asegurado, a la persona o institución que demuestre, en forma fehaciente, que tiene la representación legal correspondiente.

Queda entendido y convenido que en caso de ocurrir un siniestro, el Asegurado está obligado a pagar la totalidad de la prima y los gastos correspondientes a la hospitalización y/o intervención quirúrgica, como condición previa para que La Compañía entre a conocer su reclamo.

13. RECLAMACIÓN FRAUDULENTA.

En el caso de que La Compañía compruebe que la reclamación presentada por el reclamante es fraudulenta, La Compañía quedará liberada de toda obligación con respecto al Consentimiento-Certificado individual correspondiente.

Se considera reclamación fraudulenta la comprendida en alguno de los siguientes incisos:

a) Cuando en apoyo de la reclamación, se hagan o utilicen declaraciones falsas;
b) Cuando se empleen medios o documentos falsos, engañosos o fraudulentos;
c) Cuando el padecimiento haya sido voluntariamente causado por el Asegurado, cualquiera que haya sido su estado mental.

14. RECTIFICACIÓN DE EDAD.

Si se comprobase que la edad real del Asegurado es mayor a la asentada en el Consentimiento-Certificado individual, cualquier cantidad pagadera será la proporción entre la prima efectivamente pagada y la que habría aplicado utilizando los datos correctos.

Si la edad real excede los límites de aceptación de la cobertura, La Compañía devolverá el importe pagado desde la última renovación o desde el inicio de vigencia si no ha habido renovaciones.

15. RENOVACIÓN.

Al finalizar el plazo de vigencia de la Póliza, podrá ser renovada automáticamente por La Compañía conforme a las tarifas y cuadro de indemnizaciones cubiertos en vigor al momento de cada una de las renovaciones, manteniendo las mismas condiciones de contratación, siempre dentro de los límites de aceptación de cada cobertura.

Las edades de contratación serán desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 74 años si el Asegurado cumple un mínimo de 5 años ininterrumpidos en la Póliza.

16. REHABILITACIÓN.

En caso de falta de pago de la prima convenida, la aceptación posterior de una prima por La Compañía o por cualquiera de sus agentes debidamente autorizados, rehabilitará la cobertura, previo análisis, clasificación y aceptación del riesgo.

17. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

No obstante el término de vigencia de la Póliza, tanto El Contratante como La Compañía, podrán dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince días de aviso previo dado por escrito a la contraparte.

Cuando sea La Compañía la que dé por terminado el contrato, devolverá al Contratante la parte de la prima, libre de gastos y recargos, proporcional al tiempo que falte por transcurrir para que termine la vigencia de la Póliza.

Cuando sea El Contratante quien dé por terminado el contrato, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo que estuvo en vigor el seguro conforme a la Tabla de Cancelación a Corto plazo, de la prima anual del año correspondiente.

Tabla de Cancelación a Corto Plazo

Período de vigor del seguro	Porcentaje de la Prima Anual al que La Compañía tendrá derecho
Hasta 10 días	10%
Hasta 1 mes	20%
Hasta 1 ½ mes	25%
Hasta 2 meses	30%
Hasta 3 meses	40%
Hasta 4 meses	50%
Hasta 5 meses	60%
Hasta 6 meses	70%
Hasta 7 meses	75%
Hasta 8 meses	80%
Hasta 9 meses	85%
Hasta 10 meses	90%
Hasta 11 meses	95%
Hasta 12 meses	100%

18. SOLUCIÓN DE CONFICTOS ENTRE LAS PARTES

Cualquier diferencia que pudiera surgir, agotada la vía conciliatoria, se resolverá, a elección del asegurado o del beneficiario, acudiendo a los tribunales competentes del Departamento de Guatemala o por medio de un procedimiento arbitral, de conformidad con la Ley de Arbitraje y el Reglamento de Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, CENAC, observándose las siguientes reglas:

Si el conflicto se fundase en la aplicación, interpretación y/o el cumplimiento del contrato, el asunto será sometido a Arbitraje de Derecho y si es en relación con el monto de la indemnización, será sometido a Arbitraje de Equidad.

19. MONEDA.

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar esta Póliza, son liquidables en quetzales. En cualquier moneda distinta al quetzal se aplicará el tipo de cambio de referencia del Banco de Guatemala.

20. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que deriven de esta Póliza, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

21. ESTIPULACIÓN LEGAL

La presente Póliza estará sujeta a lo que establece el artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala, que por mandato legal se transcribe a continuación:

" ARTÍCULO 673. Contratos mediante pólizas. En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último."

PLAN DE SEGURO COLECTIVO DE HOSPITALIZACIÓN
Seguro Indemnizatorio por intervenciones quirúrgicas y hospitalización
REGISTRO DE ASEGURADOS

DEL _____ AL _____

PÓLIZA No. _____
PLAN DE PAGO _____

No.	No. de Certificado	Asegurado	Fecha Nacimiento	Sexo	Prima	Fecha Ingreso	Fecha Egreso

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en Resolución No. _____ de fecha _____