SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

1. Nombre del Contratante _____

   Actividad _____

   Dirección: _____

   Municipio: _____ Departamento _____ País _____

   Teléfono: _____ Cédula de Vecindad /DPI _____ Extendida en _____

2. Grupo Asegurado: _____

   Vínculo o Relación con el Contratante: _____

   Actividad _____

   Dirección: _____

   Municipio: _____ Departamento _____ País _____

   Teléfono Oficina: _____ Fax _____

   E-mail: _____

   Contributiva: SI o NO Porcentaje de contribución _____

   Forma de Pago: Mensual ___ Trimestral ___ Semestral ___ Anual ___

   Moneda: _____

NÚMERO DE ASEGURADOS	INICIO DE VIGENCIA	PRIMA ANUAL ASEGURADO	SUMA ASEGURADA

De conformidad con la solicitud y las demás declaraciones descritas por el Contratante del Seguro, ASEGURADORA RURAL, S.A. (en adelante llamada la Compañía) re-embolsará a Asegurado los gastos médicos por accidente de acuerdo con las Condiciones Generales de esta póliza, siempre y cuando no estén expresamente excluidos en las mismas.

_____ Lugar y fecha

_____ Firma del Contratante

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

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

ESTE CONTRATO INCLUYE ACUERDO DE ARBITRAJE A ELECCIÓN DEL ASEGURADO

Contratante

Nombre:
Dirección:
Número de Teléfono:
Actividad:
Forma de Pago: Prima Inicial: Moneda
NIT.:

Grupo Asegurado

Por Asegurado:

Prima anual: *Suma asegurada:*

Plazo de Vigencia del Contrato:

INICIO	*TERMINACION*
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, reembolsará los gastos médicos por accidente a cualquiera de los miembros de la colectividad asegurada conforme a 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 segun la Forma de Pago contratado.

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

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No de

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

Esta póliza, la solicitud de seguro, la carátula de la poliza el Consentimiento-Certificado Individual, el registro de asegurados y cualquier anexo que se adhiera a la poliza forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural S. A. y El Contratante. El Contratante, al recibir esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a La Compañía.

2. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos medicos incurridos por accidente de acuerdo a estas Condiciones Generales y lo estipulado en el Consentimiento-Certificado Individual siempre y cuando no estén expresamente excluidos en este contrato.

3. ESTIPULACIÓN LEGAL

La presente póliza estará sujeta a lo que establece el articulo 673 del Codigo de Comercio, que por mandato legal se transcribe a continuacion:

*"**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 consideraran aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.*
Si dentro de los quince dias siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a esta, se entendera aceptada en sus términos la solicitud de este último.

4. DEFINICIONES

a) **Asegurado**. Es la persona mayor de 18 años que siendo directamente miembro de la colectividad asegurada, firma como responsable en el Consentimiento-Certificado Individual.
b) **Contratante**. Es la persona física o jurídica responsable ante La Compañía de pagar la prima del seguro en su totalidad.
c) **La Compañía.** Aseguradora Rural S. A.

5. CONDICIONES DE LA PÓLIZA

a) **Vigencia de la Póliza**. La vigencia será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

b) **Vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.** La vigencia inicia en la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual y termina en la fecha fin vigencia de la póliza.

c) **Renovación.** Este seguro se considerará renovado por periodos de un año si dentro de los últimos 30 días calendario de vigencia de cada periodo alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de no renovarla. El pago de la prima acreditada, mediante la factura emitida en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

d) **Avisos y notificaciones.** Toda notificación deberá efectuarse en las direcciones que aparecen en la Carátula de la Póliza o en el Consentimiento-Certificado Individual, teniéndose por bien hechas y válidas las que allí se les formulen.

e) **Omisiones o inexactas declaraciones.** Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del 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.

f) **Moneda.** Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar esta Póliza, son liquidables en la moneda en que fue contratada la misma.

g) **Solución de conflicto entre las partes.** Cualquier diferencia que pudiera surgir agotada la vía conciliatoria, se resolverá, a elección del asegurado 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 la prestación del servicio médico, será sometido a Arbitraje de Equidad.

h) **Terminación del Seguro.** La Póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:
   a. Por falta de pago de la prima después del periodo de gracia.
   b. Cuando El Asegurado ya no forme parte del Grupo Asegurado del Contratante.

i) **Prescripción.** Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

6. LA PRIMA

a) **Prima.** La prima total de la póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de la póliza. En cada renovación o inclusión de Asegurados la prima se determinará de acuerdo con las tarifas en vigor a esa fecha.

b) **Forma de Pago.** La forma de pago de las primas es anual sin embargo el Contratante podrá solicitar el pago fraccionado de las mismas.

c) **Período de gracia para el pago de primas.** El Contratante gozará de un período de gracia de treinta (30) días calendario para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. A las doce horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

Si durante el periodo de gracia se produce algún reclamo la Aseguradora reembolsará el pago del gasto correspondiente. Si pasado el periodo de gracia de treinta días, no se efectúa el pago de prima la Aseguradora no reembolsara ninguna cantidad.

d) **Rehabilitación**. El Contratante podrá rehabilitar su poliza al efectuar durante los treinta (30) días calendario siguientes de terminado el periodo de gracia el pago de la prima correspondiente. Y para tal efecto es necesario que:

- El Contratante lo solicite por escrito a la Compañía.
- Que La Compañía lo apruebe previo análisis y aceptación del riesgo.

7. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente éste incurra a consecuencia de un accidente amparado y hasta el límite de la suma asegurada siempre que estos sean provenientes de: hospitalización asistencia médica quirúrgica servicios de enfermeria, ambulancia y gastos de hospitalización.

Para todos los efectos de esta Poliza se entiende por:

a) ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersion reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardiacos epilépticos enfermedades vasculares trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

b) GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS. Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde estas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad considerando además que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones las

características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados y el prestigio experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención

Límite Geográfico: Los gastos médicos serán reembolsables cuando los mismos se hayan realizado únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala

8. EXCLUSIONES

a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, autoinferidas, o por terceros con su consentimiento
b) La participación del asegurado en actos temerarios imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente y práctica de deportes riesgosos entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas
c) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario
e) Tratamientos fisioterapéuticos

9. INDEMNIZACIONES

La Compañía reembolsará los gastos de curación en que incurriere el Asegurado por concepto de: asistencia médica, quirúrgica servicios de enfermería ambulancia gastos de hospitalización a causa de un accidente cubierto por el contrato de seguro hasta por la suma asegurada para este concepto Los gastos de curación absorbidos o a cargo de otras instituciones estatales, no serán indemnizados por este contrato en caso que el asegurado fuere atendido por dichas instituciones Si el Asegurado hubiere suscrito otros seguros con la cobertura de gastos de curación La Compañía pagará en caso de reembolso de gastos, la parte proporcional que le corresponda de acuerdo a la suma asegurada por este concepto.
Será condición necesaria para proceder al reembolso la presentación por parte del asegurado, de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados En este caso el Asegurado sólo tendrá derecho a los gastos realmente incurridos por él

10. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES.

Puede ser Contratante la persona individual o jurídica capaz de celebrar la contratación de la Póliza con la aceptación de los componentes del Grupo Asegurado.
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 clausulas de la Póliza y,

c) Dar a conocer a las personas que se adhieran a la poliza la necesidad de declarar sus datos correctamente

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado debe notificarlo por escrito a La Compañía en un termino que no exceda de 5 días hábiles, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Compañía podra decidir a su juicio, y conforme a la ley, la rescisión de la Poliza durante los 30 días corridos siguientes a la fecha de haber recibido la notificacion y sus obligaciones terminarán 30 días corridos después de haber sido notificada la rescision al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará al Contratante la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

11. MOVIMIENTOS EN LA COLECTIVIDAD ASEGURADA

a) Altas de Asegurados

Las personas que cumplan los requisitos establecidos por la Compañía podran ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emision o renovación de esta póliza, siempre que éstas mantengan su calidad de cliente del contratante. La Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el periodo asegurado.

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 separacion 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, si la hubiera, sera restituida al Contratante por la Compañía. El crédito por prima no devengada, por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta el número de dias pendientes de devengar.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Consentimiento-Certificado Individual: _____

Me adhiero a la solicitud para ser incluido como asegurado en la Poliza de Seguro Colectivo de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente para lo cual suministro los siguientes datos personales:

Póliza No.: Agente: Vigencia Desde Vigencia Hasta

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Nombre:

Dirección y teléfono:

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Apellido(s) y Nombre(s): Cedula DPI N°

Fecha Nacimiento: Estado Civil: Facturar a

NIT

Dirección: Teléfono(s)

Municipio: Departamento:

Solicito la contratación de la siguiente cobertura, suma asegurada y forma de pago

COBERTURA SUMA ASEGURADA FORMA DE PAGO

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Como Asegurado de la Póliza Colectiva 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 Credito ☐

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

(f) _____ (f)_____ f _____

Aseguradora Rural S. A. Asegurado Cuentahabiente

Cedula D.P.I. _____ Cédula D.P.I. _____

Condiciones Generales

ESTIPULACIÓN LEGAL

El Asegurado, al recibir esta poliza debe cerciorarse que concuerde con lo solicitado solicitud presentada a la Compañia, para los efectos de los primeros parrafos del articulo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dice textualmente: "***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, debera pedir la rectificacion correspondiente por escrito, dentro de los quince dias que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta, si no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince dias siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificacion, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último***".

Se conviene que esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la Republica de Guatemala.

COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente éste incurra a consecuencia de un accidente amparado y hasta el límite de la suma asegurada, siempre que estos sean provenientes de hospitalización; asistencia médica, quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia, gastos de hospitalización

Para todos los efectos de esta Póliza se entiende por

a) ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado

b) GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstos son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones, las características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados, y el prestigio, experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención

EXCLUSIONES

a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, autoinferidas o por terceros con su consentimiento
b) La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente y práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas
c) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente
d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario
e) Tratamientos fisioterapéuticos

PAGO DE SINIESTROS

La Compañía reembolsará los gastos de curación en que incurriere el Asegurado por concepto de: asistencia médica, quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia, gastos de hospitalización, a causa de un accidente cubierto por el contrato de seguro, hasta por la suma asegurada para este concepto. Los gastos de curación absorbidos o a cargo de otras instituciones estatales, no serán indemnizados por este contrato, en caso que el asegurado fuere atendido por dichas instituciones estatales.

Si el Asegurado hubiere suscrito otros seguros con la cobertura de gastos de curación, la Compañía, pagará en caso de reembolso de gastos, la parte proporcional que le corresponda de acuerdo a la suma asegurada por este concepto

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados. En este caso el Asegurado sólo tendrá derecho a los gastos realmente incurridos por el.

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, si la hubiera, será restituida al Contratante por la Compañía. El crédito por prima no devengada, por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta el número de días pendientes de devengar.

Por constancia se firma el día:

ASEGURADORA RURAL, S.A.

_____

REPRESENTANTE LEGAL

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No. [illegible] de

ASEGURADORA RURAL, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

REGISTRO DE ASEGURADOS

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

No. Correlativo	CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO No.	APELLIDOS	NOMBRES	OCUPACIÓN	FECHA DE INGRESO	PRIMA ANUAL
				TOTALES		Q.
				PROMEDIO		Q.

Fecha Registrada en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 1706

ANEXO RESOLUCION No. 1706-2012
HOJA No. 11