SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE SERVICIOS MÉDICOS

1. Nombre o Denominación Social del Contratante:_____

   Dirección: _____NIT:_____

   Municipio: _____ Departamento: _____

   Teléfonos: _____Cédula de Vecindad /DPI: _____

2. Grupo Asegurado:_____

   Vínculo o Relación con el Contratante: _____

   Características del Grupo Asegurado: _____

   Dirección:_____

   Municipio:_____ Departamento:_____

   Teléfonos: _____ 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	Prima Anual Familia	Edad Límite de Cobertura	Número de Consultas	Descripción de los Servicios

De conformidad con la solicitud de Seguro Colectivo de Servicios Médicos, ASEGURADORA RURAL, S.A. (en adelante llamada la Compañía) cubrirá los servicios médicos 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

Nombre del Agente: _____ No._____ _____
Firma del Agente

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

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SERVICIOS MÉDICOS

ESTE CONTRATO INCLUYE ACUERDO DE ARBITRAJE A ELECCIÓN DEL ASEGURADO

Contratante

Nombre o Denominación Social del Contratante:
Dirección:
Número de Teléfono:
Actividad:
Forma de Pago: Prima Inicial: Moneda:
NIT.:

Grupo Asegurado

Programa De Beneficios

CONSULTAS	EXÁMENES DE LABORATORIO	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Prima Anual por Asegurado	por Familia

Plazo de Vigencia del Contrato

INICIO	*TERMINACIÓN*
Hora: D M A	Hora: D M A

ASEGURADORA RURAL, S.A., con domicilio en la ciudad de Guatemala, cubrirá servicios médicos a cualquiera de los miembros de la colectividad asegurada conforme a lo establecido en el Programa de Beneficios arriba estipulado y conforme a 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 contratado.

En testimonio de lo cual se 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. del

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SERVICIOS MÉDICOS

CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

La solicitud de seguro, la carátula de la póliza, estas condiciones generales, el consentimiento-certificado individual, el registro de asegurados y cualquier anexo que se adhiera a la póliza 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

Mediante este seguro la Compañía se compromete a cubrir los servicios médicos estipulados en el Programa de Beneficios del Consentimiento-Certificado Individual siempre y cuando no estén expresamente excluidos en este contrato. Dichos servicios se cubrirán a través de la red de proveedores de La Compañía.

3. ESTIPULACIÓN LEGAL

La presente póliza estará sujeta a lo que establece el artículo 673 del Código de Comercio, 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".

4. DEFINICIONES

a) **Asegurado titular**. Es la persona que, siendo directamente miembro del grupo asegurado, firma como responsable, en el Consentimiento-Certificado Individual.

b) **Asegurados.** Son el Asegurado Principal y sus dependientes elegibles amparados, los que recibirán los beneficios que otorga el plan de seguro.

c) **Contratante**. Es la persona natural o jurídica que solicita el seguro y es responsable ante La Compañía de recaudar y pagar la prima del seguro en su totalidad.

d) **Dependientes Elegibles**. Son dependientes elegibles del Asegurado, el Cónyuge o Conviviente; Hijos del Asegurado o del Cónyuge o Conviviente del Asegurado;

Hijos legalmente adoptados; e Hijos para los cuales el Asegurado o Cónyuge o Conviviente del Asegurado ha sido designado como Tutor Legal o sobre los cuales tiene la patria potestad.

e) **La Compañía.** Aseguradora Rural, S.A.

f) **Servicios Médicos.** Para efectos de esta póliza se define como servicios médicos a las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas.

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 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 a la Aseguradora deberá efectuarse en las oficinas de ésta ubicadas en la dirección que aparece en la carátula de la póliza, mientras que al Asegurado y al Contratante, a las direcciones que hubieren consignado tanto en el Consentimiento-Certificado Individual como en la Carátula de la Póliza, teniéndose por bien hechas y válidas, las que allí se les formulen, en tanto no notifiquen por escrito a la otra parte de cualquier cambio que de las direcciones indicadas se hiciere.

e) **Omisiones o inexactas declaraciones**. El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía de acuerdo con el Consentimiento-Certificado Individual, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como lo conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.
La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior facultará a La Compañía a aplicar los artículos 908 al 910 del 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 por falta de pago de la prima, después del período de gracia.

i) **Terminación del Consentimiento-Certificado Individual.** El Consentimiento-Certificado Individual terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:
   a. El seguro correspondiente a los hijos dependientes del Asegurado terminará automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que estos cumplan la edad de dieciocho (18) años, o en el caso de que sean estudiantes y no tengan un trabajo remunerado, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que cumplan veintiún (21) años de edad.
   b. Cuando el Asegurado principal pierda su calidad de miembro del grupo asegurado, los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado como para sus dependientes.
   c. Cuando un dependiente económico pierda su calidad de tal. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de dependiente económico, de acuerdo a los términos de este contrato.
   d. A la utilización de la totalidad de servicios médicos indicados en el Programa de Beneficios del Consentimiento-Certificado Individual.

j) **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 el cual iniciará a contar a partir de la fecha de vencimiento del pago para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. A las veinticuatro 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 período de gracia se produce algún reclamo la Aseguradora ofrecerá el servicio correspondiente. Si pasado el período de gracia, de treinta dias, no se efectúa el pago de prima, la Aseguradora no ofrecerá ningún servicio médico.

d) **Rehabilitación**. El Contratante podrá rehabilitar su póliza al efectuar durante los treinta (30) dias calendario siguientes de terminado el período 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. SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Los servicios médicos cubiertos son las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas estipulados en el Consentimiento-Certificado Individual y serán pagados por Aseguradora Rural, S.A. directamente a la red de proveedores y en ningún caso se realizarán reembolsos al Asegurado por dichos conceptos.

Límite Geográfico: Las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas se prestarán únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

8. EXCLUSIONES

a) Tratamientos y padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanía.
b) Lesiones que ocurran cuando el Asegurado esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, enervantes, estimulantes o similares que no hayan sido prescritos por un médico.
c) Conato de suicidio, lesiones o mutilaciones originadas por el Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales.
d) Lesiones originadas por riñas o actos delictivos intencionales y sus consecuencias, en que participe directamente el Asegurado.

9. PRESTACIÓN DE LA COBERTURA

El Asegurado al momento de solicitar las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas debe comunicarse al número de teléfono que le proporcionará Aseguradora Rural, S.A, indicando nombre completo, número de cédula o D.P.I., número de póliza y número de Consentimiento-Certificado Individual para la coordinación y prestación de los servicios.

10. PERÍODOS DE ESPERA

Las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas, podrán ser utilizados después de haber transcurrido 48 (cuarenta y ocho) horas de haber iniciado la vigencia de la cobertura del Consentimiento-Certificado Individual.

11. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES.

Puede ser Contratante la persona natural 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 cláusulas de la Póliza y,
4. Propuesta de modificación de los servicios médicos a reserva de lo que La Compañía decida al respecto.

c) Dar a conocer a las personas que se adhieran a la póliza 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 término que no exceda de 8 días hábiles, 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.

12. MOVIMIENTOS EN LA COLECTIVIDAD ASEGURADA

a) **Edades de elegibilidad.**

Los hijos dependientes económicos, podrán ser aceptados bajo este seguro si su edad a la fecha de ingreso es menor a veintiún años.

b) **Altas de Asegurados**

Las personas que deseen ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta póliza, podrán hacerlo siempre que mantengan el vínculo o relación con el Contratante. También podrán incluir a los dependientes elegibles, mediante el pago de la prima correspondiente. La Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado.

c) **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, 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. Se entiende que con la separación definitiva del Grupo Asegurado, también terminará la cobertura para su cónyuge o e hijos asegurados.

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

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SERVICIOS MÉDICOS

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

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

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

Datos del Contratante

Nombre o Denominación Social:
Dirección: NIT: Teléfono:
Grupo Asegurado:
Vínculo o relación con el Asegurado:
Fecha inicio de relación con el Contratante:

Datos Generales del Asegurado

Nombre y Apellidos:
Dirección: Teléfono:
Municipio: Departamento: Ocupación:
Fecha de Nacimiento: Edad: Estado Civil:
No. Cédula/DPI: Sexo: NIT: Fumador Si ó No
Fecha de ingreso al Seguro:
Fecha inicio de Vigencia: Fecha fin de vigencia:
Hora inicio: Hora fin:

Datos de los Dependientes	Fecha de Nacimiento	Sexo	Fumador Si / No
Cónyuge			
Hijos			

Programa de Beneficios

CONSULTAS MÉDICAS	EXÁMENES DE LABORATORIO	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Prima Total Anual:

Prima Fraccionada:
Contributiva: Si ó No

Todas las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas serán pagados por Aseguradora Rural, S.A., directamente a la red de proveedores y en ningún caso se realizarán rembolsos al asegurado por dichos conceptos.

AUTORIZACIÓN:

Como Asegurado de la Póliza de Seguro Colectivo de Servicios 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 forma 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) _____
Aseguradora Rural S. A.

(f)_____
Asegurado
Cédula / DPI:_____

(f)_____
Cuentahabiente o Tarjetahabiente
Cédula / DPI:_____

(f) _____
Contratante

ESTE CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL CONSTA DE LAS SIGUIENTES PARTES:

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

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

EGURADORA RURAL, S.A.
GURO COLECTIVO DE SERVICIOS MÉDICOS

:GISTRO DE ASEGURADOS

)LIZA No.: _____
:UPO ASEGURADO: _____
3ENCIA: DEL _____ AL _____

No. Correlativo	CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL No.	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA DE INGRESO	VIGENCIA	TIPO DE ASEGURADO	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	PRIMA ANUAL
							TOTALES			Q.	Q.
							PROMEDIO			Q.	Q.

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

ANEXO RESOLUCIÓN No. 1792-2012
HOJA No. 11