CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE

POLIZA No. VC **Certificado No.**

CONTRATANTE:

Me adhiero a la solicitud para ser incluido como asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Temporal Anual Renovable, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

1. Nombres y Apellidos:_____
2. Número de Cédula_____ 3. NIT: _____ 4. Estado Civil_____ 5. Fecha de nacimiento: _____
6. Edad: _____años. 7. Ocupación_____ 8. Teléfono casa y oficina: _____
9. Dirección:_____
10. Municipio:_____ 11. Departamento _____ 12. Fecha de ingreso al seguro_____ 13. Sexo M_____ F_____

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Coberturas Otorgadas	Sumas Aseguradas
Primas de Seguro	

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	CEDULA	%

En caso ocurriere el fallecimiento de algún beneficiario antes que el del asegurado, la parte correspondiente a dicho beneficiario se distribuirá entre los restantes.

DECLARACION 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 paraplejia, cuadraplejia, 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 certificado, 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 a los beneficiarios designados por el asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este certificado, 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 seguro. Se entenderá que existe mora cuando transcurridos 30 días de finalizado cada periodo mensual, trimestral o anual amparado, no hubiere sido pagada la prima de seguro correspondiente al siguiente periodo.

COMO ASEGURADO DE LA POLIZA 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 Y LA PERIODICIDAD DE PAGO SELECCIONADOS.

DEPOSITOS MONETARIOS ☐ DEPOSITOS DE AHORRO ☐ TARJETA DE CREDITO ☐

Se firma el presente certificado en _____ a los _____días del mes de _____ de _____

(f) _____
Aseguradora Rural S. A.

(f)_____
Asegurado
Cédula:_____

(f)_____
Cuentahabiente o tarjetahabiente
Cédula:_____

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en Resolución No.

ASEGURADORA RURAL, S.A.

ANEXO DI

ANEXO DE
BENEFICIO DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL O LESIONES CORPORALES

Asegurado: _____
No. Póliza: _____ Vigencia: Desde _____ Hasta _____

En caso de accidente que ocasione la muerte o la pérdida de miembros del Asegurado, la compañía pagará una de las indemnizaciones que se detallan a continuación. La indemnización total o la proporción que corresponda, será pagada si la muerte o la pérdida se debe exclusivamente a lesiones corporales sufridas por el Asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, ajena a la voluntad del Asegurado, con independencia o exclusión de cualquier otra causa y cuando la muerte o pérdida ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente. También se considerará muerte accidental la derivada de asfixia por inmersión.

La indemnización básica por esta cobertura será igual al importe que se indica en la carátula de la póliza.

El pago por pérdida de la vida se hará al o a los beneficiarios designados en la póliza y el pago que corresponda a cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado, de acuerdo con la siguiente tabla:

Por la pérdida de:	% de la Indemnización Básica
La vida	100
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100
Una mano o un pie	50
La vista de un ojo	30
Un dedo pulgar	15
Un dedo indice	10
Cada uno de los dedos, medio anular y meñique	5

Para los efectos de esta cobertura, se entiende: por pérdida de una mano, su separación en la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación en la articulación del tobillo o arriba de ella; por pérdida de los dedos, la separación de dos falanges completas cuando menos y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

Las indemnizaciones contenidas en esta cobertura no se concederán si la muerte del asegurado o la pérdida que sufra, son consecuencia directa o indirectamente total o parcialmente de:

a) Suicidio o conato de suicidio, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
b) Guerra, declarada o no, huelgas, motines, guerra civil, revolución o cualquier acción bélica.
c) Servicio militar o naval en tiempo de paz o de guerra.
d) Hallarse practicando un arresto como representante de la ley.
e) Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
f) Postración por calor o insolación.
g) Participación en cualquier reyerta.
h) Certámenes de velocidad sobre ruedas.
i) Cometer un delito.
j) Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo efectos alcohólicos o de cualquier droga.
k) Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente)
l) Cualquier enfermedad.
m) Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente)

n) Estar el Asegurado entrando a, manejando o prestando servicio en, ascendiendo con o descendiendo de cualquier aparato o vehículo aéreo, con excepción de lo estipulado en la cláusula de indemnización a pasajeros por accidentes de aviación de este contrato suplementario.

DOBLE PAGO: La indemnización pagadera por esta cobertura se duplicará si la muerte o pérdida de miembros causados por el accidente fueran sufridos por el Asegurado:

a) Mientras viajare como pasajero en un vehículo aéreo que sea operado por una empresa autorizada de transporte aéreo comercial de pasajeros, en vuelo regular sujeto a itinerario, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros.
b) Mientras viajare como pasajero, con boleto pagado, en cualquier vehículo público que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
c) Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opera para servicio al público (con exclusión de los ascensores en las minas, de las obras en construcción o similares)
d) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrase el Asegurado al iniciarse el incendio.

El Asegurado o los beneficiarios en su caso, tienen la obligación de notificar a la Compañía dentro de un plazo que no exceda de noventa (90) días de ocurrido el accidente, cuando el Asegurado sufra alguna de las pérdidas anteriormente enumeradas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar examen médico al Asegurado. Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura se concederán únicamente si se presenta a la Compañía prueba fehaciente de que la lesión o lesiones causantes de la muerte o pérdidas sufridas por el Asegurado, ocurrieron durante el plazo de seguro de esta cobertura, siempre que la misma se encuentre en vigor y no estuviere disfrutando de los beneficios que para el caso de incapacidad pudiera conceder la póliza.

Si durante la vigencia de este Beneficio Adicional ocurren dos o más pérdidas de las aquí previstas, se pagará la indemnización correspondiente a cada pérdida; sin embargo, el total de la suma de las reclamaciones no deberá exceder al 100% de la indemnización básica. Cuando el total sea igual al 100% de dicha indemnización, esta cobertura quedará automáticamente cancelada.

Este Beneficio Adicional se concede mediante el pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la póliza a que se adiciona. El Asegurado, en cualquier momento, podrá pedir su cancelación solicitándolo por escrito y remitiendo la póliza para la anotación correspondiente.

La terminación de la póliza traerá consigo la de la presente cobertura, que también cesará en sus efectos.

Esta cobertura se cancelará automáticamente al término del plazo de seguro estipulado, o en el aniversario de la póliza más cercano a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, lo que ocurra primero, reduciéndose al importe de la prima total, la prima correspondiente a este beneficio.

Revisado

Apoderado

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en resolución No. 1251-1999 de fecha 13 de octubre de 1999.

ASEGURADORA RURAL, S.A.

ANEXO IDH

ANEXO DE
BENEFICIO DE INDEMNIZACION DIARIA DURANTE HOSPITALIZACION

Asegurado: _____ Póliza No.: _____
Vigencia desde: _____ Hasta _____

El seguro que proporciona el presente Anexo, es en adición y sobre cualquier otro tipo de cobertura que el Asegurado tenga o pueda tener y está sujeto a todas las provisiones, definiciones, limitaciones y condiciones de la póliza a la cual se adhiere.

CONDICIONES DEL BENEFICIO:
En consideración a la prima adicional correspondiente, la Póliza, de la cual forma parte integrante el presente Anexo, queda enmendada como sigue:

CUANDO A CAUSA DE ENFERMEDAD CONTRAIDA DESPUES DE LA FECHA EN QUE SURTA EFECTO ESTE ANEXO, O DE ACCIDENTE OCURRIDO DESPUES DE DICHA FECHA, EL ASEGURADO SEA INTERNADO NECESARIO Y CONTINUAMENTE EN UN HOSPITAL, LA COMPAÑIA PAGARA EL BENEFICIO DE INDEMNIZACION DIARIA POR CADA DIA QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA ASI INTERNADO, HASTA POR UN MAXIMO DE SETENTA Y CINCO (75) DIAS.

DEFINICIONES:
HOSPITAL: Dondequiera que en este anexo se use este término, significará un establecimiento legalmente autorizado para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, como pacientes internos, y con facilidades organizadas para diagnosis y cirugia mayor, para prestación de servicios profesionales por médicos y cirujanos legalmente autorizados y de enfermeras o enfermeros graduados.

PERIODOS SUCESIVOS DE INTERNAMIENTO: Varias hospitalizaciones debidas a la misma causa, serán consideradas como una sola ocurrencia, a menos que estén separadas por lo menos de doce (12) meses consecutivos durante los cuales el Asegurado no haya estado hospitalizado como resultado de tal ocurrencia.

EXCLUSIONES:
El seguro proporcionado por este Anexo no cubre hospitalización a causa de o en relación con:

1. Preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia de los órganos reproductores de la mujer.
2. Exámenes fisicos de rutina o cualesquiera otros, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto en el curso de una incapacidad establecida por la atención de un médico.
3. Suicidio o tentativa de suicidio, esté o no el Asegurado en su sano juicio.
4. Cirugía plástica o cosmética, excepto como consecuencia de un accidente.
5. Anomalías congénitas y las afecciones que sobrevengan o resulten en relación con las mismas.
6. Cualquier desorden mental o nervioso o curas de descanso.
7. Alcoholismo, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamiento de los mismos.
8. Cualquier accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de esta cobertura o enfermedad contraída o que haya principiado antes de dicha fecha.

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

_____ **REVISADO**

_____ **APODERADO**

Texto aprobado por la Superintedencia de Bancos según Resolución No. 1307-1999 de fecha 27 de octubre de 1999.