

**CONSENTIMIENTO
POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS**
ESTE CONTRATO INCLUYE ACUERDO DE ARBITRAJE A ELECCIÓN DEL ASEGURADO

Póliza No.
Código de Agencia

Certificado No.
Iniciales del Empleado

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre de la persona jurídica / Nombre de la empresa	NIT - Número de Identificación Tributaria
--	---

Dirección de la persona Jurídica /Empresa (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, otros)

Zona	Colonia	Municipio	Departamento	País
------	---------	-----------	--------------	------

Grupo Asegurado:

Relación o vínculo con el Asegurado:

Información del Solicitante Asegurado (Asegurado Principal)

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres	
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada	
Tipo de documento de identificación	Número de documento de identificación	NIT - Número de Identificación Tributaria	
Sexo	Nacionalidad	Otra Nacionalidad	Estado Civil
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Edad	
Dirección del solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, otros)			

Zona	Colonia	Municipio	Departamento	País
Celular / Móvil	Teléfono(s) oficina		Teléfono casa	
Peso (Libras)	Estatura (metros y centímetros)		Fumador	

Ocupación:	Contributiva:	% de Contribución:
Categoría:		

Información del SOLICITANTE para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra el Lavado de Dinero y Otros Activos)

El solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:	SI	NO
--	-----------	-----------

* PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala u otro país, un cargo prominente en un organismo internacional, dirigentes de partidos políticos nacionales o de otro país.

Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:		
Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:		

*/ Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Personas Expuestas Políticamente (PEP)

El solicitante actúa en nombre propio		
Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América		
Posee Documento de Identidad Green Card		
Es contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América		
Ingresos mensuales del solicitante		

Datos de los Dependientes:

Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Peso (Libras)	Estatura (metros y centímetros)

1. Ha recibido o recibe usted o cualquiera de las personas arriba indicadas algún tratamiento, o ha sido avisado que usted o alguna de las personas arriba indicadas, sufre de alguna enfermedad abajo listada? Favor marcar Sí o No, según corresponda:

	SI / NO		SI / NO		SI / NO
Trastornos de las Vías Digestivas		Trastornos del Recto		Cualquier Defecto, Amputación o Menoscabo Físico	
Trastornos de la Sangre (glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, anemia, leucemia, etc.)		Trastorno Urinario (infección urinaria, cistitis, uretritis, etc.)		Enfermedad o Defecto de la Vista, Oído, Nariz o Garganta.	
Venas Varicosas		Enfermedades Venéreas		Trastorno de la Vesícula Biliar	
Enfermedades Cardíacas		Trastorno de los riñones (pielonefritis, litiasis renal, insuficiencia renal aguda o crónica, neoplasia renal, etc.)		Albúmina o Azúcar en la Orina	
Desmayos o Mareos		Lesiones de Cabeza o de la Espina Dorsal		Problemas de la Próstata	
Alta o Baja Presión		Diabetes		Trastornos Femeninos (trastornos menstruales, infecciones, neoplasias, cáncer, etc.	
Convulsiones		Cáncer, Tumor o Quiste		Preeclampsia, Eclampsia	
Trastornos Nerviosos, Depresión, Ansiedad		Hernias		Operación Cesárea	
Tuberculosis		Bocio		¿Está actualmente embarazada?	
Asma, Bronquitis		Sida		Abortos	
Dolores de Cabeza (severos)		Hemorroides		Partos Prematuros	
Fiebre Reumática		Cálculos Renales		Enfermedades de los Pechos, Ovarios o Matriz	
Diarrea Crónica		Trastornos Hepáticos		Alteraciones Menstruales	
Pérdida de Peso		Anemia		Otros no mencionados	
Trastornos Vasculares		Trastorno Glandular			
Artritis o Reumatismo					

- 2 ¿Ha estado usted o sus dependientes como pacientes en un hospital, clínica o sanatorio, durante los tres últimos años?
- 3 ¿Ha sido examinado o ha consultado, usted o sus dependientes, algún médico durante los tres últimos años?
- 4 ¿Se le ha aconsejado a usted o a sus dependientes internarse en un hospital, clínica o sanatorio, para diagnóstico, reposo o tratamiento; pero, no lo hizo?
- 5 ¿Se le ha aconsejado a usted o a sus dependientes una operación quirúrgica o tratamiento pero no lo hizo?
- 6 ¿Usted o sus dependientes tienen conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud, no especificados anteriormente?
- 7 ¿Tiene o ha tenido usted o sus dependientes, trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas o estupefacientes?
- 8 ¿A usted o a sus dependientes les ha sido alguna vez rechazada, aplazada, aceptada con recargo o modificada en modo alguno una solicitud de Seguro?
- 9 ¿Ha estado alguna vez asegurado o tiene actualmente alguna Póliza de Gastos Médicos:
Dé el nombre de la Compañía de Seguros y fecha de vigencia del Seguro:

Si ha contestado Sí a algunas de las preguntas indicadas anteriormente, explique los detalles a continuación. Si necesita más espacio para ampliar la información médica, utilice una hoja adicional.

No. Pregunta	Fecha de Ocurrencia	Nombre de la persona de quien se detalla información	Condición y detalles (si fue operado especifíquelo)	Duración de la incapacidad	Fecha de recuperación total (mes y año)	Nombres y direcciones de médicos y hospitales

Por medio del presente documento declaro que todas la información y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas, y que son la base sobre la que se solicita el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos. Por la presente autorizo a cualquier médico y/o cualquier hospital para que proporcione a Aseguradora Rural, S.A. cualquier información que solicite, con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que mis dependientes incluidos en este consentimiento o yo haya recibido.

Queda entendido y convenido que: Aseguradora Rural, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo:

1. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Compañía la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mi (y/o a mis dependientes)* sin limitación alguna.

* Aplicable únicamente cuando la cobertura de seguro sea extensiva a los dependientes del asegurado.

2. A La Compañía para que pueda corroborar la veracidad de toda la información por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la Compañía de Seguros.

LUGAR:		FECHA (dd/mm/aaaa):	
--------	--	---------------------	--

Firma del solicitante asegurado

Lugar y Fecha

Firma y Sello de la empresa Contratante

Lugar y Fecha

Agencia	Código Colaborador	Iniciales Colaborador	Firma

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA	
Fecha de Aprobación _____	Firma _____

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1284-2015 del 17 de diciembre del 2015.