

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS



SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. (En adelante denominada la Compañía)

Por este medio se hace la presente solicitud a la Compañía para los beneficios de Seguro Colectivo por Gastos Médicos provistos en la TABLA DE BENEFICIOS que aparecen en el numeral 26, de esta solicitud y, si ésta es aceptada por la Compañía, la póliza deberá emitirse a nombre del Contratante, según se indica más adelante de acuerdo con la siguiente información:

DATOS DEL CONTRATANTE

1. Nombre Completo: _____
2. Dirección: _____
(Dirección a la cual se deberá enviar la póliza y correspondencia)
3. Cédula de Vecindad No.: _____ 4. Extendida en: _____
5. Ocupación: _____ 6. Nacionalidad: _____

DATOS DEL GRUPO SOLICITANTE

7. Fecha de Vigencia: _____ siempre y cuando se haya completado la participación requerida en esa fecha.
8. Razón Social de la Empresa: _____
9. Nombre con que se identificará el Grupo Solicitante: _____

10. Sede del Grupo: _____
11. Naturaleza del Riesgo: _____
12. Actividades principales de la empresa: _____
13. Se adjunta lista de las personas que integran el Grupo Asegurable en nómina firmada por el Contratante:
Si No
14. La prima es:
a) Sin Contribución
b) Contributiva, pagando los integrantes del grupo el _____% de la misma.
15. Forma de pago:
Las primas serán pagaderas _____ en las siguientes fechas _____
Forma de Pago Día Mes
16. Elegibilidad:
Los empleados actuales de tiempo completo activamente trabajando llegarán a ser elegibles:
INMEDIATAMENTE o al cumplimiento de _____ mes (es) de empleo activo y continuo.
17. Personas elegibles: _____ Total _____
18. Personas No elegibles: _____
19. Total de personas elegibles: Hombres _____ Mujeres: _____
20. Dependientes de los empleados, son elegibles Si No
21. Contribuciones de los empleados para el seguro, requeridas Si No

22. Contribuciones de empleados para dependientes, requerida Si No
23. Cambio de clasificación:
Los cambios de clasificación se efectuarán inmediatamente si el empleado está trabajando activamente en la fecha mensual de la póliza, salvo por indicación contraria.
24. Clasificación del Seguro para empleado y dependientes: _____
25. Favor indicar tipo de cobertura: Centroamericana Mundial

26. TABLA DE BENEFICIOS

¿El seguro aquí solicitado reemplaza o es en adición a cualquier seguro colectivo por Gastos Médicos actual o previamente en vigor durante los últimos 12 meses? SI _____ NO _____, si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, favor de proporcionar la siguiente información con respecto a su anterior seguro.

NOMBRE DE LA COMPAÑIA: _____
Cobertura y fecha en que se discontinuó o será discontinuado dicho seguro proveyéndonos el porcentaje de experiencia Médica tenida durante los últimos 12 meses de la Póliza Médica el cual se obtiene dividiendo el Monto Total de Reclamos pagados entre el monto de Primas Pagadas, ambos montos perteneciendo al mismo período _____%.

NOTA: Si la póliza y sus anexos no concordaren con la oferta, me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza, transcurrido dicho plazo sin que pida la mencionada rectificación, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexos.

En fé de lo anterior, firmo en la Ciudad de Guatemala, a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del Agente

Firma y sello del Contratante