

FAMILIA SALUD

SEGURO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS

PÓLIZA NUEVA INCLUSION

TAREA

CATEGORIA Titular Titular+1 FAM
 PLAN 1 2 3 4

ME ADHIERO A LA SOLICITUD BASICA Y A LA PÓLIZA MAESTRA DE SEGURO COLECTIVO, CONTRATADO ENTRE: CORREDOR DE SEGUROS BYNSA A QUIEN CONOZCO COMO CONTRATANTE Y SEGUROS EL ROBLE EN CONSECUENCIA, DOY MI PLENA CONFORMIDAD A TODO LO ACTUADO ENTRE DICHAS PARTES CON RELACION A DICHO SEGURO.

NOMBRE COMPLETO		1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de casada
DOMICILIO PARTICULAR						
OCUPACION						
SEXO		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD ACTUAL
CEDULA O DPI		NIT		PESO	Lbs.	ESTATURA
Mts.						

BENEFICIARIOS COBERTURA SEGURO DE VIDA Q.50,000.00 BASICO Q.50,000.00 MYDA

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO	% DEL SEGURO

SOLO PARA COBERTURA FAMILIAR NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES QUE DESEA ASEGURAR

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO	SEXO	ESTATURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO
1		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
2		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
3		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
4		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
5		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
6		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			

CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS. SI SU RESPUESTA FUERA AFIRMATIVA O ALGUNA DE ELLAS, COLOQUE EL NOMBRE DE QUIEN LA PADECE O PADECE/O		SI	NO	NOMBRE DE LA PERSONA PARA QUIEN ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA	TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS. SI SU RESPUESTA FUERA AFIRMATIVA O ALGUNA DE ELLAS, COLOQUE EL NOMBRE DE QUIEN LA PADECE O PADECE/O		SI	NO	NOMBRE DE LA PERSONA PARA QUIEN ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
1	Boca <input type="checkbox"/> Dientes <input type="checkbox"/>				17	Enfermedades Oculares			
2	Esófago <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Intestinos <input type="checkbox"/>				18	Asma <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Enf. Pulmonares <input type="checkbox"/>			
3	Vesícula Biliar					Oídos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Garganta <input type="checkbox"/>			
4	Próstata				19	Enf. Cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>			
5	Testículos				20	Enf. del hígado <input type="checkbox"/> Enf. del páncreas <input type="checkbox"/>			
6	Utero				21	Otros desordenes hormonales			
7	Ovarios				22	Enf. de la vías urinarias y de los riñones			
8	Mamas				23	Reumatismo <input type="checkbox"/> Enf. de los Músculos <input type="checkbox"/>			
9	Tiroides					Enf. en Articulaciones <input type="checkbox"/> Enf. de los huesos <input type="checkbox"/>			
10	Sangre				24	Ligamentos <input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/>			
11	Hernias				25	Enf. o molestias de: Espalda <input type="checkbox"/>			
12	Recto <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/>					Columna Vertebral <input type="checkbox"/> Médula Espinal <input type="checkbox"/>			
13	Defectos Físico o Mentales de Nacimiento				26	Enfermedades de la piel			
14	Tumores Benignos <input type="checkbox"/> Tumores Malignos <input type="checkbox"/>				27	Operaciones Estéticas			
15	Migraña <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico <input type="checkbox"/>				28	¿Ha sido sometido(a) a tratamiento de Fertilidad?			
16	Enf. Mentales <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales <input type="checkbox"/>				29	¿Se ha efectuado algún examen de SIDA?			

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE (AGREGAR HOJA ADICIONAL DE INFORME MEDICO SI ES NECESARIO)

PREGUNTAS PERSONA AFECTADA, ENFERMEDAD O DOLENCIA Y FECHA:

Goza de buena salud actualmente: SI NO

Declaro que estoy enterado que la suma del Seguro solicitado para el escrito, está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal, autorizando al contratante a requerir la deducción automática de mis salario, por la suma señalada siempre que el pago sea contributivo.

En fe de lo cual, firmo en la ciudad de Guatemala, a _____ días del mes de _____ del _____

FIRMA DEL TITULAR _____

ESTE SEGURO ESTA RESPALDADO POR SEGUROS EL ROBLE

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN FAMILIA SALUD

El Plan Familiar Salud es un programa sujeto a los beneficios de seguro colectivo según se indica a continuación:

SEGURO DE VIDA: Q.50,000.00 pagadero por cualquier causa de fallecimiento, excepto suicidio, durante los primeros 2 años del asegurado titular y no se cubrirá en caso de participación en guerra, conmociones civiles o participación en motiones y/o huelga y/o cuando el asegurado tenga participación en un homicidio.

MYDA: (Muerte y Desmembración Accidental), el seguro de vida se pagará doble por causa de fallecimiento en un accidente, excepto que sea a consecuencia de arma de fuego o punzocortante.

Se otorgará un certificado de Q.15,000.00 para el asegurado titular y Q.10,000.00 para cada dependiente asegurado si los incluye dentro de la póliza.

Los asegurados con dependientes tendrán el beneficio de continuación Familiar, consistente en que si el asegurado titular fallece, los dependientes seguirán asegurados por un período de 12 meses, sin pagos de primas.

La póliza de Gastos Médicos Mayores, cubre todos los gastos relacionados a tratamientos, curaciones, medicina, laboratorios, rayos X y hospitalización que sean necesarios y, a consecuencia o resultado de accidentes y/o enfermedades, dentro y fuera de Centroamérica.

Renovación Garantizada: Hasta los 80 años de edad o hasta agotar el Máximo Vitalicio, lo que suceda primero; con reducción al 50% de los beneficios de vida y gastos médicos al cumplimiento de los 65 años.

Pago de primas: el asegurado está obligado a pagar sus primas en la agencia de corretaje, sin requerimiento de cobro, independientemente de que se preste el servicio de cobranza por parte de la agencia, la póliza tiene un **período de gracia de 30 días** y después de dicho período, sin el asegurado no realiza un compromiso de pago, la póliza será cancelada, el pago es mensual anticipado.

Maternidad: el Plan familia Salud, cubre a madres solteras o esposa del cónyuge asegurado, no cubre a las hijas del mismo, la cobertura cubre exclusivamente el parto, aborto o cesárea. El pre y postnatal se cubrirá hasta el límite disponible para esta categoría.

Período de espera: Maternidad 12 meses.

El Recién Nacido gozará de cobertura de Q.5,000.00 durante los primeros catorce días, y, el titular deberá notificar las generales del nuevo miembro para que quede cubierto bajo la póliza de Gastos Médicos Mayores, si se encuentra en plan con dependientes.



Centro de Servicios y Autorizaciones Médicas:

del día, los 365 días del año

Atención en horas inhábiles y fines de semana para autorización de los siguientes servicios: emergencias hospitalarias, autorización de medicamentos, laboratorios, y hospitalizaciones.

autorizaciones@elroble.com • Fax: 2361-1191 (Días hábiles)
cabina.emergencia@elroble.com (Días inhábiles)

Deducible: Aplicará únicamente una vez por año calendario y por asegurado, cada grupo familiar cubrirá tres deducibles anuales como máximo.

Reembolso fuera de la Red: Este será equivalente al 80% dentro de Centroamérica y de 70% fuera de Centroamérica en red y 65% fuera de red. Solicitar facturas a nombre del asegurado.

Beneficio Dental: Cubrirá durante los primeros tres meses de vigencia únicamente limpieza de dientes, caries simples, aplicaciones de Flúor en caso de niños hasta 13 años y después de este tiempo, todos los tratamientos amparados por la póliza, para este beneficio aplica deducible. El Co-Pago será del 20% dentro y fuera de la red.

Honorarios Quirúrgicos: Para efectos de esta póliza, se considerará como referencia de honorarios quirúrgicos, el Catálogo Oficial Medical Fee Schedule, publicado por el Estado de California de EE.UU.

Dependientes Económicos Elegibles: Cónyuge legítimo o Unión de hecho, hijos naturales o hijos adoptivos que vivan con los padres y que no tengan ingresos por trabajo personal, y los mayores de 18 años, deben ser estudiantes a tiempo completo e ingresar antes de los 23 años.

Padecimiento Congénito: Alteración fisiológica y/o morfológica del estado de salud que tuvo su origen durante el período de gestación, independientemente de que éstos sean evidentes al momento del nacimiento o se manifiesten con posterioridad. (Los padecimientos congénitos no tienen cobertura).

Padecimiento Pre-Existente: Es aquella enfermedad cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la cobertura, independientemente que la persona haya tenido o no conocimiento del diagnóstico, y/o que se haya integrado un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, para efecto de enfermedades Pre-existentes se considerará un período de espera de 6 meses a partir de la vigencia de su certificado.

Tratamiento Quiropráctico: Se limitan a los honorarios de médico quiroprácticos colegiados; con un máximo de 20 sesiones por año.

Firma asegurado: _____ Firma Ejecutivo Cuenta: _____ Fecha: _____

ESTE SEGURO ESTA RESPALDADO POR SEGUROS EL ROBLE

NOMBRE DEL VENDEDOR:

CODIGO:

DATOS PARA FACTURACION Y BASE DE DATOS

FACTURAR A NOMBRE DE:

NIT.:

DIRECCION DE FACTURA:

CEDULA O DPI:

DIRECCION DE COBRO:

TELEFONO DE CASA:

TELEFONO CELULAR:

TELEFONOS DE OFICINA:

FAX:

CORREO ELECTRONICO:

DATOS PRIMER PAGO

CHEQUE No.:

BANCO:

CANTIDAD:

Tarjeta de Crédito No.

Fecha de vencimiento

Tipo de tarjeta

Firma:

INFORMACION ADICIONAL

FORMA DE PAGO

Favor emita su cheque a nombre de: BYNSA ó Seguros El Roble.

Nuestros cobradores no aceptan pagos en efectivo por lo que ponemos a su disposición la opción de depositar a las siguientes cuentas a nombre de BYNSA.

Banco Industrial Depósito Monetario 323003171-2

Banco Reformador Depósito Monetario 115 00 112883

BAC Depósito Monetario 900 19820 1

***Si no reporta su depósito y la póliza es cancelada no es responsabilidad de BYNSA.**

*Cuentas a nombre de BYNSA para depósitos en efectivo, faxear su boleta al Tel.: 2390-1516 o por mail cobrospfs@bynsa.net

SERVICIO DE COBRO:

Nuestros cobradores les visitaran una vez al mes por lo que agradecemos tener elaborado su cheque del mes correspondiente para evitar que se le acumulen dos cuotas y evitar la cancelación de la póliza por falta de pago, recuerde que este es un servicio adicional pero es su responsabilidad hacer llegar su pago a nuestra oficina.

Este recibo se extiende como comprobante de pago, más no garantiza la cobertura por parte de la compañía, la misma se dará por escrito después de la evaluación de la solicitud recibida. No hay proceso de solicitud si este documento no viene acompañado de una forma de pago.

FORMA DE PAGO

Favor emita su cheque a nombre de: BYNSA ó Seguros El Roble.

Nuestros cobradores no aceptan pagos en efectivo por lo que ponemos a su disposición opción de depositar a las siguientes cuentas:

Banco Industrial Depósito Monetario 323003171-2
Banco Reformador Depósito Monetario 115 00 112883
BAC Depósito Monetario 900 19820 1***Si no reporta su depósito y la póliza es cancelada no es responsabilidad de BYNSA.**

*Cuentas a nombre de BYNSA para depósitos en efectivo, faxear su boleta al Tel.: 2390-1516 o por mail cobrospfs@bynsa.net

**Centro de Servicios y Autorizaciones Médicas:**
del día, los 365 días del año

Atención en horas inhábiles y fines de semana para autorización de los siguientes servicios: emergencias hospitalarias, autorización de medicamentos, laboratorios, y hospitalizaciones.

autorizaciones@elroble.com • Fax: 2361-1191 (Días hábiles)
cabina.emergencia@elroble.com (Días inhábiles)**BYNSA**
CORREDORES DE SEGUROS

1a. Avenida 10-17 zona 10

PBX: (502) 2390-1515 • Fax (502) 2390-1516

www.bynsa.net

DECRETO 25-2010
Ley de la Actividad Aseguradora, TODA póliza de seguro vigente que presente mora de más de 30 días calendario de la fecha convenida para el correspondiente pago de la prima, no gozará de cobertura de seguro y quedará cancelada de acuerdo con las condiciones de la póliza.