

TARJETA DE CONSENTIMIENTO PARA PLANES COLECTIVOS

Escriba en letra molde

PÓLIZA

CERTIFICADO

CATEGORÍA

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Seguro Colectivo, contratado entre _____ a quién reconozco como CONTRATANTE Y SEGUROS G&T, S.A. En consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes con relación al mencionado seguro.

Apellidos _____ Nombres _____

DPI No. _____ Extendido en _____ Estado civil _____ Edad _____

Dirección particular _____ NIT _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo _____

Fecha de nacimiento

Sexo

Indique Cobertura

Gastos Médicos

Día / Mes / Año
____ / ____ / ____

Masculino _____ Femenino _____

Vida

Mad

Individual

Familiar

Sujeto a condiciones que se indiquen abajo, nombro como beneficiarios en caso de mi fallecimiento a:

Nombre Completo del Beneficiario (Favor escribir en letra molde)

Parentesco

Porcentaje

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Queda entendido y convenido que Seguros G&T, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que forman parte de la solicitud se tiene por completas, verídicas, al mejor juicio y conocimiento del solicitante. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

NOTA IMPORTANTE

Es entendido que el suscrito reconoce que: Los beneficios del seguro que solicita los tiene cubiertos en calidad de afiliado al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.), no obstante de ello, ratifica su deseo de adherirse a la solicitud básica y a la póliza maestra arriba indicada. Si ocurre el fallecimiento de cualquier beneficiario antes que el mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgarán a los o el beneficiario sobreviviente o si no hubiera, a mis herederos legales. Me reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba. Quiero inscribirme en los planes colectivos indicados arriba, para los cuales soy y será elegible. Convengo si se me admite en la póliza, en la deducción de las contribuciones apropiadas de mi sueldo y si fuere requerido, en proveer evidencia de mi edad. Declaro que estoy enterado de las normas que determinan la suma asegurada solicitada por el suscrito y que está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal.

Firma de la persona inscrita _____ Lugar y fecha _____

SOLO COBERTURA PARA GASTOS MÉDICOS, DEPENDIENTES ELEGIBLES: CÓNYUGUE E HIJOS SOLTEROS

	Nombres y Apellidos del Dependiente	No DPI	Género F/M	Parentesco	Fecha Nacimiento
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE POR EL CONTRATANTE

FECHA EN LA QUE EL EMPLEADO ENTRÓ AL SERVICIO DE LA COMPAÑÍA			FECHA EN LA QUE EL EMPLEADO SE INCLUYE EN EL PLAN		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
____	/	____	/	____	____

Salario Mensual Q.	_____
Ocupación	_____

Contributivo	<input type="text"/>	Porcentaje	<input type="text"/>
No. Contributivo	<input type="text"/>		

Nombre y firma de la persona autorizada: _____
(Sello del contratante)

Fecha _____