

TARJETA DE CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y GASTOS MEDICOS

FAVOR COMPLETAR LAS 2 TARJETAS A MAQUINA O LLÉNESE A LETRA DE MOLDE LEGIBLE

| | | | | | |
|--|---------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|
| Contratante: | | | No. Póliza COVI | No. Póliza CGM | No. Certificado/Carnet |
| Nombre del Empleado: | | | | | Fecha de Nacimiento |
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | Apellido de Casada | 1er. Nombre | 2do. Nombre | Día Mes Año |
| NIT | Cargo que Desempeña | | Estado Civil | Sueldo Mensual | Fecha de Inscripción |
| Cobertura para Seguro de Gastos Médicos Empleado: SI <input type="checkbox"/> Dependientes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | Día Mes Año |
| Seguro Vida Colectivo | | Categoría o clase | Suma Asegurada-Básico | Suma Asegurada-Opcional | |
| Seguro de Gastos Médicos | | | | | |

ANTECEDENTES DE SALUD

- ¿ Padece o ha padecido Ud. De alguna enfermedad o lesión importante ? SI NO
- ¿Uno o varios miembros del grupo familiar padecen o han padecido alguna enfermedad o lesión importante? SI NO
- ¿ Tiene algún defecto físico o le falta algún miembro? SI NO

De ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, por favor indicar la enfermedad o lesión, ¿Qué Médico lo atendió y en qué fecha?

Hago constar que los datos y respuestas de esta solicitud y de las Declaraciones para apreciación del riesgo que forma parte de la misma, son verdaderos y completos. CONSENTIMIENTO: Por la presente solicito a SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A., la protección de Seguro Colectivo, por la cantidad o cantidades, forma o formas por las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el contrato o contratos de Seguro Colectivo emitidos a mi patrono y autorizo a éste que haga la deducción de mi salario o sueldo, de la cantidad requerida, si la hubiere, para cubrir mi cuota de las primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para la deducción en cualquier tiempo, mediante aviso escrito a mi patrono. Declaro que en lo que concierne a mi persona me encuentro amparado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con los mismos beneficios que solicito respecto a hospitalización, cirugía y atención médica, no obstante ello, manifiesto mi anuencia de participar en el Plan de Seguro de Vida y Gastos Médicos de SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A.

Queda convenido y entendido que:

SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que formen 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.

En testimonio de lo cual firmo esta Solicitud en _____ el día _____ de _____ de _____

Por el Contratante (Sello y Firma)

Solicitante

