

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					Día Mes Año
Empleado:			SI <input type="checkbox"/>	Dependientes	SI <input type="checkbox"/>
			NO <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
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

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Nombre	Parentesco	%

DEPENDIENTES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS	Fecha de Nacimiento
CÓNYUGE:	
HIJOS:	

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 832-2000 del 04 de octubre de 2000.