

## TARJETA DE CONSENTIMIENTO PARA PLANES COLECTIVOS

(Use letra de molde)

### PARA USO DE G&T

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.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ (Apellidos) \_\_\_\_\_ (Nombres)  
 DPI No. \_\_\_\_\_ Extendido en: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Dirección particular: \_\_\_\_\_ Nit: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento			Sexo		Indique Cobertura		Gastos Médicos	
Día	Mes	Año	Masculino	Femenino	Vida	Mad	Individual	Familiar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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

	Nombre Completo del Beneficiario (favor indicar todos los nombres y apellidos con letra legible)	Parentesco	Porcentaje
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 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 él 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 seré 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: \_\_\_\_\_



SOLAMENTE PARA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS, DEPENDIENTES ELEGIBLES: CÓNYUGE E HIJOS SOLTEROS

	Nombre Completo del Dependiente	Parentesco	Fecha Nacimiento
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTA SECCIÓN PARA COMPLETARSE POR EL CONTRATANTE

FECHA EN QUE EL EMPLEADO ENTRÓ AL SERVICIO DE LA COMPAÑÍA			FECHA EN QUE EL EMPLEADO SE INCLUYE EN EL PLAN		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SALARIO MENSUAL Q.	<input type="text"/>	Contributivo	<input type="text"/>	Porcentaje	<input type="text"/>
OCUPACIÓN	<input type="text"/>	No. Contributivo	<input type="text"/>		

Nombre y Firma de la persona autorizada: \_\_\_\_\_  
(Sello del contratante)

Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobado por la Superintendencia de Bancos en Resolución No. 5-2009 de fecha 06 de enero de 2009  
F-629  
FO-VT-VG-005 versión 2

