

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 quien 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)
 Cédula No.: _____ Extendida en: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____
 Dirección particular: _____ Nit. _____
 Teléfono Oficina: _____ Teléfono Casa: _____ Celular: _____

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

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.			
2.			
3.			
4.			

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 me 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: CONYUGE E HIJOS SOLTEROS

	Nombre Completo del Dependiente	Parentesco	Fecha Nacimiento
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

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

SALARIO MENSUAL Q. _____
 OCUPACION: _____

Contributivo Porcentaje
 No. Contributivo

Nombre y Firma de la persona autorizada: _____
 (Sello del Contratante)

Fecha: _____