

TARJETA DE CONSENTIMIENTO PARA PLANES COLECTIVOS (use letra de molde)

PARA USO DE G&T

POLIZA CERTIFICADO CATEGORIA

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)

DIRECCION PARTICULAR: _____ Teléfono: _____

Estado Civil:	Cédula No.	Lugar de Nacimiento:	Edad:
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año	Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	Indique Cobertura Vida ☐ Mad ☐	Gastos Médicos Individual ☐ Familiar ☐

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

Nombre Completo del Beneficiario

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 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 del mío los intereses de dicho beneficiario se otorgarán a los beneficiarios sobrevivientes o beneficiario sobreviviente o si no hay a mis herederos legales. Reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba. Quiero inscribirme en los planes colectivos indicados arriba, para los cuales soy o seré elegible. Convengo si me admite, en la deducción de las contribuciones apropiadas a mi sueldo y si me fuera requerido, en proveer evidencia de mi edad. Declaro que estoy enterado de las normas que determinan la suma de Seguro solicitada para el suscrito y está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal.

Firma de la Persona inscrita: _____ Lugar y Fecha: _____



SOLAMENTE PARA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS, DEPENDIENTES ELEGIBLES: CONYUGE E HIJOS SOLTEROS

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

ESTA SECCION PARA COMPLETARSE POR EL CONTRATANTE

FECHA EN QUE EL EMPLEADO ENTRO A
SERVICIO DE LA COMPAÑIA

FECHA EN QUE EL EMPLEADO SE
INCLUYE EN EL PLAN

DIA

MES

AÑO

DIA

MES

AÑO

SALARIO MENSUAL: Q. _____

OCUPACION: _____

Contributorio ☐

Porcentaje

No Contributorio ☐

Nombre y Firma de la persona autorizada: _____

(Sello del Contratante)

Fecha: _____