

# FORMULARIO PARA CONSENTIMIENTO DE SEGURO DE GRUPO

Número de Certificado \_\_\_\_\_  
 Forma parte de la Póliza No. \_\_\_\_\_

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Seguro Colectivo Temporal Renovable, por (nombre del contratante) \_\_\_\_\_

1. Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_  
Primer apellido Segundo Apellido Apellido de Casada Nombres

2. Dirección: \_\_\_\_\_

3. NIT: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

4. DPI: \_\_\_\_\_ Extendido en: \_\_\_\_\_ 5. Pasaporte No.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Departamento Municipio

País: \_\_\_\_\_ 6. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 7. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

8. Sexo: \_\_\_\_\_ 9. Estatura: \_\_\_\_\_ mts. 10. Peso: \_\_\_\_\_ lbs. 11. Suma Asegurada Individual: \_\_\_\_\_

12. Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Sueldo Mensual: \_\_\_\_\_ Ocupación en la Empresa: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

13. Nombro mis Beneficiarios para este Seguro a:

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Declaro como mis dependientes para este Seguro a: (CÓNYUGE E HIJOS HASTA 24 AÑOS DE EDAD)

Nombre completo del Cónyuge	Fecha de Nacimiento	Sexo F / M	NIT	DPI
_____	_____	_____	_____	_____
Nombre completo del hijo Depte.	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

16. El pago de la Prima es: a. Sin Contribución Q. \_\_\_\_\_  
 b. Contributivo pagando yo la suma de Q. \_\_\_\_\_  
 que constituye el % del total de la prima de Q. \_\_\_\_\_

**Declaro que estoy enterado que la suma del Seguro solicitada para el suscrito, esta acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal, autorizando al Contratante a requerir la deducción automática de mi salario, por la suma señalada en el numeral 16, siempre que el pago de la prima sea contributivo.**

En Fe de lo cual, firmo en la Ciudad de Guatemala, C.A., a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos, en Resolución No. 18-65 de fecha 9 de marzo de 1,965 y modificado en Resolución No. 540-200 8 de fecha 21 de julio de 2008.