

**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)

Cédula / DPI No. \_\_\_\_\_ Extendida en: \_\_\_\_\_ Estado Cívil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_ Nit. \_\_\_\_\_

Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

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

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 beneficiarios 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 mio, 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: \_\_\_\_\_

