PAN AMERICAN LIFE GUATEMALA
*Confianza toda la vida.*

# TARJETA DE CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO

Solamente complete parte en azul
Mecanografíese o llénese a letra de molde

NOMBRE DEL EMPLEADO:

No. DE POLIZA | No. DE CERT.

1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | Ocupación dentro de la empresa

Contratante

Contribución del Emp. Si ☐ No ☐ Participación_____%

Sucursal
Planta o
Depto.

Fecha de Nacimiento:
Día Mes Año

Fecha de Empleo
Día Mes Año

Salario Mensual Q._____

Cédula No._____

SEXO
M ☐
F ☐

SOLTERO ☐
CASADO ☐
OTRO _____

Seguro-Beneficios
Vida ☐
Op. ☐
MYDA ☐

**Beneficiarios de Vida: Detallar al reverso**

Cobertura para gastos médicos: Empleado: SI ☐ NO ☐ Dependientes: SI ☐ NO ☐
Cobertura para gastos dentales: SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO ☐

| Empleado: | | | | | | | | | Dependientes | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Vigencia | | | | Salario | Vida | Opciones | MYDA | | No. de Deps. | Fecha de Vigencia | | |
| Clase | Día | Mes | Año | | | | | | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

CONSENTIMIENTO: Por la presente solicito a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. , la protección de Seguro Colectivo, por la cantidad o cantidades, forma o formas por las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el contrato o contratos de Seguro Corporativo emitidos a mi patrono, y autorizo a éste que haga la deducción de mi salario o sueldo, de la cantidad requerida, si la hubiere, para cubrir mi cuota de la primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para la deducción en cualquier tiempo, mediante aviso escrito a mi patrono. Declaro que en lo que concierne a mi persona me encuentro amparado por el Instituto de Seguridad Social con los mismos beneficios que solicito respecto a hospitalización, cirugía y atención médica, no obstante ello, manifiesto mi anuencia de participar en el Plan de Seguro de Hospitalización de Pan-American Life Insurance de Guatemala.

Fecha _____ Firma del Empleado _____

FORMA 4229-PA - APROBADO POR RESOLUCION No. 307-88 DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS, DE FECHA 30 DE DICIEMBRE DE 1988

DEPENDIENTES PARA BENEFICIO DE GASTOS MEDICOS / GASTOS DENTALES
(Cónyuge e hijos solteros entre 10 días y 19 años de edad)

| NOMBRE COMPLETO | PARENTESCO | FECH. NAC. |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA / MYDA:

| NOMBRE COMPLETO | PARENTESCO | % BENEF. |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IMPRIMIR