



| | | | | |
|---|----------------------|--|----------------|---------------------|
| Certificado No.: | Póliza No.: | Contratante (Empresa): | | |
| Empleado, 1er. Nombre: | 2do. Nombre: | 1er. Apellido: | 2do. Apellido: | Apellido de casada: |
| No. de DPI: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: | Ocupación: | |
| Fecha de ingreso a la empresa: | Sueldo Mensual: | | Vigencia: | |
| Regla para determinar la suma asegurada: | | | Clase: | |
| ¿El Seguro de vida es contributivo? (SÍ/NO) | | ¿Qué porcentaje de prima contribuye el empleado? | | |
| ¿Cobertura para gastos médicos? (SÍ/NO) | | ¿El seguro de gastos médicos es contributivo para el empleado? (SÍ/NO) | | |
| ¿El seguro de gastos médicos es contributivo para dependientes? (SÍ/NO) | | ¿Qué porcentaje de prima contribuye el empleado? | | |

BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

| Nombres | 1er. Apellido | 2do. Apellido | Apellido de casada | Parentesco | Porcentaje |
|---------|---------------|---------------|--------------------|------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Si ocurriere 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. Me reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba.

COBERTURA MÉDICA PARA DEPENDIENTES

| | | | | | | | SÍ | NO |
|-----|------------|---------|---------------|---------------|--------------------|------------|---------------------|----|
| No. | Parentesco | Nombres | 1er. Apellido | 2do. Apellido | Apellido de casada | No. de DPI | Fecha de Nacimiento | |
| 1 | Cónyuge | | | | | | | |
| 2 | Hijo (a) | | | | | | | |
| 3 | Hijo (a) | | | | | | | |
| 4 | Hijo (a) | | | | | | | |
| 5 | Hijo (a) | | | | | | | |
| 6 | Hijo (a) | | | | | | | |
| 7 | Hijo (a) | | | | | | | |

Firma del Empleado

Fecha

Firma y Revisado en nombre del
Contratante (Empresa)

Sello del Contratante

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de seguro de grupo contratada entre el CONTRATANTE (Empresa), arriba nombrado y Aseguradora General, S.A. En consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes en relación con el mencionado seguro.

Hago constar que los datos y respuestas de esta solicitud y de las declaraciones para apreciación de riesgos que forman parte de la misma, son verdaderos y completos. CONSENTIMIENTO: por la presente solicito a Aseguradora General, 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 colectivo 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 las primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para la deducción en cualquier momento mediante aviso escrito a mi patrono. Declaro que en lo que concierne a mi persona, me encuentro amparado por el Instituto Guatemalteco 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 vida y/o de gastos médicos de Aseguradora General, S.A.

Declaro que estoy enterado que la suma de seguro solicitada para el suscrito, está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal.
Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos, según Resolución No. 890-2009, de fecha 23 de octubre de 2009.

