

**Solicitud para
Seguro Colectivo de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente**

Solicito, en calidad de Contratante, a Seguros G&T, S.A. una póliza de Seguro Colectivo de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente, para lo cual proporciono los siguientes datos:

I. Datos del Contratante

Nombre:

NIT:

Dirección:

Teléfono:

Actividad de la Empresa:

II. Características del Seguro

FORMA DE DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA

Solicito que la póliza tenga la siguiente vigencia:

DEL: AL:

III. Forma de pago

La forma de pago de la prima será:

IV. El pago de la prima será:

Contributivo

No contributivo

V. Otras Condiciones Arriba no Especificadas:

Estoy enterado de las Condiciones Generales de la póliza, las que considero satisfactorias y acepto las obligaciones que éstas expresan para el Contratante.

Lugar y fecha:

Por el Contratante

Agente / Corredor

Nombre:

Nombre:

Cargo:

No.:

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos en Resolución No. del

**Solicitud Individual para Adherirse al Seguro Colectivo de Desempleo o Incapacidad
Total Temporal por Accidente**

Contratante:

Nombres y apellidos:

Fecha de nacimiento:

NIT:

¿Trabaja en relación de dependencia?:

Empresa donde labora:

Fecha de inicio de la relación laboral:

Dirección del trabajo:

Teléfono celular:

No. de Póliza:

No. de Cédula o DPI:

Ocupación:

Teléfono de trabajo:

Dirección correo electrónico:

Teléfono del domicilio:

El pago de la prima será:

1.-Contributiva

2.- No Contributiva

En caso de que el pago de la prima sea Contributiva, autorizo al Contratante de la Póliza para que descuente de mi cuenta de depósitos monetarios _____, depósitos de ahorro _____ o tarjeta de crédito _____, durante la vigencia del seguro, el valor de las primas.

Detalle sobre la obligación:

Declaraciones del solicitante:

Yo, el solicitante, declaro:

a) Que las respuestas que anteceden y las que por aparte pudiera hacer ampliando lo contestado en este documento, aunque no sean escritas de mi puño y letra, son verdaderas y exactas, y reconozco que de hacer una declaración falsa o reticencia, no tendré derecho a ningún beneficio del seguro que estoy solicitando, quedando como obligación de la Compañía únicamente la devolución de primas.

b) Que estoy enterado de que en caso no efectúe el pago de la prima, dicha situación producirá la cancelación de mi Certificado de Seguro.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA MISMA, ASÍ COMO LA CANCELACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE SEGURO QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. SE ENTENDERÁ QUE EXISTE MORA CUANDO LA PRIMA NO HAYA SIDO PAGADA DENTRO DE LOS PRIMEROS DIEZ (10) DÍAS DE CADA MES.

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza contratada cuyo número se indica arriba. Doy mi conformidad para estar asegurado y a lo actuado por el Contratante y la Compañía en lo que respecta a la póliza.

Firma del solicitante

Lugar y fecha

Texto registrado ante la Superintendencia de Bancos en Resolución No. del

**Póliza de Seguro Colectivo de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por
Accidente**

Póliza No.:

Nombre del Contratante:

Dirección:

NIT:

Inicio de la Vigencia:

Finalización de la Vigencia:

Características del Grupo Asegurado:

La póliza cuenta con las siguientes coberturas y sumas aseguradas:

Cobertura	Suma Asegurada
-----------	----------------

Forma de Pago de la Prima:

El pago de la prima será:

Contributivo

No contributivo

Otras Condiciones:

Esta Póliza tiene cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia o de su renovación, siempre y cuando las primas respectivas sean canceladas de acuerdo con lo que se especifica en las Condiciones Generales.

Seguros G&T, S.A., en adelante denominada la Compañía, pagará la indemnización según la suma asegurada de acuerdo con las coberturas contratadas, una vez que reciba pruebas fehacientes de la pérdida, siempre y cuando la cobertura del asegurado se encuentre vigente.

De acuerdo con el artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala:

Si esta póliza no concuerda con la solicitud que le dio origen, el contratante deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquel en que la recibió y se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta póliza, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes de recibida la petición de rectificación a que se refiere el párrafo anterior, la Compañía no declara al Contratante que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último.

En testimonio de lo anterior, la Compañía expide y firma la presente Póliza en la ciudad de Guatemala el día

Firma

Seguros G&T, S.A.

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos en Resolución No. del

Condiciones Generales
Seguro Colectivo de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente

1. Seguros G&T, S.A., en adelante conocida como la Compañía, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Contratante y a las solicitudes individuales de los asegurados, si las hubiere, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la suma asegurada, en caso de desempleo involuntario o incapacidad total temporal a consecuencia de accidente del asegurado, de acuerdo con las condiciones de esta póliza. Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud para el seguro colectivo, la Carátula, la Solicitud Individual, el Certificado de Seguro, el Consentimiento y Certificado y los anexos, si los hubiere, constituyen el contrato de seguro.

Se conviene que esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala.

2. COBERTURA: La Compañía cubre el pago mensual asegurado al Contratante en nombre del Asegurado, hasta el monto especificado en el Certificado de Seguro o Consentimiento y Certificado, para ser aplicado a los saldos pendientes de las obligaciones del Asegurado con el Contratante, y cualquier excedente será pagado al Asegurado. Estos pagos están sujetos a los límites establecidos en el Certificado de Seguro o Consentimiento y Certificado, siempre y cuando no exista mora en las obligaciones del Asegurado con el Contratante, imputable al Asegurado y que el Asegurado tenga pérdida del ingreso, originada por una de las siguientes Coberturas:
 - a. Pérdida del Empleo a consecuencia de despido del Asegurado sin justa causa, siempre que el Asegurado tenga una antigüedad en la póliza superior al Periodo de Carencia.
 - b. Incapacidad Total Temporal ocasionada por un Accidente durante el periodo de cobertura, siempre y cuando dicha incapacidad sea superior a treinta (30) días calendario.

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:

- I. Comunicar a las personas candidatas al Seguro de las normas que rigen el seguro.
- II. Comunicar a la Compañía a más tardar quince (15) días después, de los nuevos ingresos al grupo asegurable, de las separaciones definitivas de los miembros asegurados del grupo y de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a modificaciones en la cobertura individual, de acuerdo con las condiciones particulares de esta póliza.
- III. Pagar a la Compañía el total de la prima de la póliza, lo que implica la recaudación del porcentaje con que, en su caso, contribuyan los asegurados del grupo.

IV. Informar por escrito a la Compañía de cualquier situación de los asegurados que se vea afectada por alguna de la Cláusulas de esta póliza.

V. Comunicar a los asegurados de las modificaciones a que se refiere la Cláusula 4, que los afecten en sus beneficios o en sus contribuciones.

4. **MODIFICACIONES:** Las condiciones particulares de la póliza pueden modificarse en cualquier momento, por medio de solicitud escrita del Contratante, aceptada por la Compañía. Para que cobren validez las modificaciones no es necesario el consentimiento de los asegurados, salvo lo estipulado en el artículo 899 del Código de Comercio de Guatemala, pero tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad. Dicha modificación tendrá efecto quince (15) días después que la Compañía la notifique al Contratante.

Solamente las personas con la representación legal de la Compañía tienen la potestad de aceptar modificaciones a esta póliza.

5. **DEDUCIBLE:** El deducible de este seguro será el periodo de tiempo indicado en días en el Certificado de Seguro o en el Consentimiento y Certificado. Transcurrido este tiempo se indemnizará durante los meses en que el asegurado se encuentre desempleado o presente invalidez o hasta por el periodo máximo convenido, indicado en el Certificado de Seguro o en el Consentimiento y Certificado, lo que ocurra primero.

6. **EXCLUSIONES:** Los Beneficios de esta póliza no serán cubiertos cuando sean consecuencia directa o indirecta de cualquiera de los siguientes hechos o circunstancias:

a. Exclusiones de la Cobertura de Desempleo:

- I. Cuando el Asegurado no haya desempeñado plenamente su trabajo, en forma ininterrumpida, por un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días inmediatamente anterior al inicio de la cobertura.
- II. Pérdida del empleo del Asegurado que se inicie dentro del Período de Carencia.
- III. Cuando exista mora en sus obligaciones con el Contratante, imputable al Asegurado.
- IV. Jubilación, pensión o retiro del Asegurado por vejez o incapacidad total y permanente.
- V. Pérdida voluntaria del trabajo o renuncia o terminación del plazo de contratación del trabajo.
- VI. Intoxicación, consumo de alcohol, uso de drogas, deshonestidad, fraude o conflicto de intereses, rehusarse a realizar labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al contrato laboral o la omisión de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, siempre que dichas instrucciones sean conforme el contrato laboral, y conducta delictiva por parte del Asegurado.
- VII. Cuando el Asegurado sea comerciante o profesional que labore de forma independiente y esté percibiendo un ingreso. La cobertura en tal caso se limitará a la Incapacidad Total Temporal por Accidente.
- VIII. Personas con contrato de trabajo informal, no inscritas ni cotizando en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, en el régimen de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia.

- IX. Cuando el Asegurado sea un funcionario del gobierno o del sector público, cualquiera que sea la dependencia estatal.
 - X. Cuando la pérdida de empleo sea consecuencia de que el Asegurado participe en paros, disputas laborales o huelgas.
 - XI. Terminación de contratos de trabajo de tiempo determinado o temporales del Asegurado.
 - XII. Condiciones mentales del Asegurado.
 - XIII. Enfermedades, lesiones o fallecimiento del Asegurado.
 - XIV. Por la rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón acorde con el Código de Trabajo.
 - XV. Por despidos masivos de más del 50% de los trabajadores de un mismo patrono.
- b. Exclusiones de la Cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente:
- I. Cuando exista mora en sus obligaciones con el Contratante, imputable al Asegurado.
 - II. Lesiones y afecciones que el Asegurado se ha producido voluntariamente, incluyendo el suicidio o cualquier intento del mismo, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 - III. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - IV. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
 - V. Intoxicación, consumo de alcohol, uso de drogas, deshonestidad.
 - VI. Condiciones preexistentes.
 - VII. Condiciones mentales del Asegurado.
 - VIII. Enfermedades, afecciones propias del embarazo o fallecimiento del Asegurado.
 - IX. Esta póliza no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:
 - 1. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - 2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - 3. Paracaidismo, buceo, alpinismo, esquí en nieve o agua, tauromaquia y similares o cualquier tipo de deporte aéreo y, en general, por la práctica profesional de cualquier deporte.

7. **SUMA ASEGURADA:** La suma asegurada se establecerá previamente con base en una suma asegurada fija o con el valor de la obligación que se cubra y hasta el máximo indicado en el Certificado de Seguro o Consentimiento y Certificado, que será el monto a indemnizar una vez cubierto el deducible, a partir del momento en que se dé la situación de desempleo o incapacidad cubierta, hasta la indemnización máxima por evento indicada en el Certificado de Seguro o Consentimiento y Certificado, para cada siniestro de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente, con un máximo de un siniestro por año o hasta la extinción de la obligación del Asegurado con el Contratante, la que fuere menor.

8. **EADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:** La edad mínima para el ingreso a este seguro será de dieciocho (18) años y la máxima se establece hasta el día en que el

Asegurado cumpla los sesenta (60) años. La edad máxima de permanencia no podrá superar los sesenta y cinco (65) años, cero días.

9. **PRIMA POR ASEGURADO:** La prima se establece en función de una tasa fija sobre la suma asegurada fija o aplicada al valor de la obligación mensual del asegurado.

10. **FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS:** Si la prima no se pagare dentro del plazo establecido en la cláusula 11 Mecanismo de Pago de la Prima, esta póliza quedará de pleno derecho y automáticamente rescindida y sin efecto por el mero vencimiento de dicho plazo, sin previo aviso.

11. **MECANISMO DE PAGO DE LA PRIMA:**

a. La prima es pagadera en la Oficina Principal de la Compañía en la ciudad de Guatemala, a cambio de la factura extendida por la Compañía, firmada por las personas debidamente autorizadas para recibir valores en nombre de la Compañía. El pago de primas se realizará basado en facturaciones mensuales, acorde con el listado o archivo del grupo asegurado activo remitido por el Contratante, y acorde con la cobertura de cada Asegurado. Este pago deberá realizarse a más tardar el día diez (10) de cada mes.

b. El listado o archivo con el grupo de asegurados debe ser remitido por el Contratante a la Compañía para fines de facturación, antes de 72 de horas del cierre de las operaciones de cada mes. Dicho documento contendrá como mínimo la siguiente información: nombres y apellidos, fecha de nacimiento, número de cédula o DPI, monto y plazo de la obligación, suma asegurada (en caso de ser monto fijo), número de cuenta, valor de la cuota mensual.

12. **INICIO Y FINALIZACIÓN DE VIGENCIA:** La vigencia inicia a las 24:00 horas del día en que se firma el Certificado de Seguro o Consentimiento y Certificado, o de la fecha a partir de la cual se inicia el Contrato de Seguro, la que fuere posterior. Queda también establecido que las 24:00 horas, hora nacional en la República de Guatemala, será considerada la hora efectiva con respecto de cualquier fecha de inicio o vencimiento, referida en la póliza.

13. **TERMINACIÓN DEL CONTRATO O DE LA PÓLIZA:** El Contratante puede rescindir el contrato sin limitación alguna después del primer año del seguro, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión por carta con quince (15) días de anticipación, los que se contarán a partir de su fecha de recepción, pudiendo hacerlo también la Compañía mediante previo aviso al Contratante remitido con anticipación no menor de treinta (30) días a partir de la fecha de cancelación correspondiente. De igual forma el asegurado podrá dar por terminado el contrato mediante aviso por escrito al Contratante con por lo menos quince (15) días de anticipación.

14. **DEFINICIONES:**

a. **Accidente Cubierto.** Todo evento en que el asegurado resulte con una o varias lesiones corporales, como consecuencia de una causa fortuita, súbita, violenta y externa, mientras se encuentre vigente la cobertura.

b. **Asegurado:** Para los efectos del presente Contrato se considerará como Asegurado a toda persona que en su condición de Deudor del Contratante, haya solicitado el Seguro Colectivo de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por

Accidente, pagado la prima y haya sido reportado por el Contratante a la Compañía.

c. Deducible: Período de días indicado en el Certificado de Seguro o Consentimiento y Certificado, posterior inmediato a la pérdida del empleo o a la notificación por dictamen médico de incapacidad total temporal por accidente, en el cual el asegurado no estará cubierto. El pago del beneficio iniciará en el caso de persistir el desempleo o la incapacidad total temporal por accidente que produjo la pérdida del ingreso, hasta agotar el beneficio estipulado en el Certificado de Seguro o en el Consentimiento y Certificado.

d. Desempleo Involuntario. Estado involuntario de inactividad económica, sin percibir ingreso alguno como contraprestación por un trabajo personal, originado por la desvinculación laboral debido a causas no imputables al asegurado.

e. Empleo. Para efectos de la póliza se consideran como válidas únicamente las relaciones laborales en donde el empleado esté debidamente inscrito y cotizando en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, en el régimen de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia, al menos trescientos sesenta y cinco (365) días antes del goce de los beneficios de esta póliza.

f. Incapacidad Total Temporal por Accidente. Para efectos de esta póliza la incapacidad laboral total temporal es la situación física temporal, motivada por accidente que imposibilite al Asegurado llevar a cabo sus ocupaciones profesionales habituales, debidamente certificado por el médico tratante, debiendo remitir las pruebas a la Compañía.

g. Mora. El Asegurado entra en mora cuando no haya cubierto enteramente, en el plazo acordado, cualquier cuota o pago mínimo establecido que corresponda a la obligación que tiene con el Contratante. Para determinar el estado en mora basta con una certificación en tal sentido de parte del Contratante.

h. Periodo de Carencia. Periodo de días, indicado en el Certificado de Seguro o Consentimiento y Certificado, contado a partir de que es incluido el deudor como asegurado. Esta carencia aplica para el desempleo involuntario. En el caso que el asegurado tenga un siniestro dentro del Periodo de Carencia, el siniestro no está cubierto y el asegurado puede continuar con su póliza o cancelarla y le serán devueltas las primas pagadas durante ese periodo.

i. Contributivo. El término contributivo significará que para obtener los beneficios de este seguro, el miembro del grupo deberá efectuar una contribución proporcional a la prima fijada; y el término no contributivo significará que el seguro es sin costo alguno para el miembro del grupo.

j. Contratante: Es la persona jurídica capaz de celebrar la contratación de la póliza con el consentimiento de los componentes del grupo asegurado.

k. Grupo Asegurable y Grupo Asegurado: Se entenderá por grupo asegurable el grupo conformado por todas las personas asegurables que pertenezcan al grupo que representa el contratante y que reúnan todos los requisitos legales para ser asegurados mediante esta póliza. El grupo asegurado lo integran las personas

que perteneciendo al grupo asegurable y habiendo dado su consentimiento, aparezcan inscritos en el registro de asegurados que forma parte de esta póliza.

15. **PERSONAS ELEGIBLES:** Son elegibles todos los deudores del Contratante que soliciten la cobertura, y todos aquellos que el Contratante tenga a bien hacerles una oferta de las coberturas de este seguro de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente, siempre y cuando el Asegurado para la cobertura de desempleo involuntario haya desempeñado su trabajo, en forma ininterrumpida, por un periodo mínimo de trescientos sesenta y cinco (365) días.

16. **TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE UN MIEMBRO:** Las coberturas particulares de un Asegurado conforme esta póliza cesarán el día en que ocurra alguno de los eventos siguientes:

- I. Si perdiere su calidad de miembro elegible para el seguro durante el periodo de carencia.
- II. Por concluir su afiliación al grupo.
- III. Si caduca esta póliza.
- IV. Si el Asegurado deja de hacer, en su oportunidad, cualquier contribución requerida.
- V. Al llegar a la edad indicada en esta Póliza.

17. **AVISO DE SINIESTRO:** Para acceder al beneficio de este seguro, el Asegurado está obligado a poner en conocimiento del Contratante o de la Compañía dentro del periodo de quince (15) días calendario de ocurrido un siniestro cubierto por la presente póliza, el acaecimiento de cualquiera de los eventos objeto de cobertura. A su vez, el Contratante está obligado a notificar a la Compañía del acaecimiento de cualquier evento cubierto, dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes siguiente a aquel en el cual el Asegurado le informe de la ocurrencia del mismo.

El Contratante y el Asegurado están obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro y a permitirle las indagaciones necesarias para tal fin. La Compañía puede requerir las pruebas necesarias, en cuanto sea razonable, al Contratante o al Asegurado, dentro de las cuales se incluirán como mínimo:

- a. En caso de Pérdida del Empleo Involuntariamente:
 - Carta dando formal aviso del reclamo dentro de los primeros quince (15) días.
 - Certificación suscrita por el empleador en donde conste:
 - Nombre completo del ex empleado
 - Número de Cédula o de DPI
 - Último salario devengado
 - Tiempo laborado
 - Cargo desempeñado
 - Motivo de la desvinculación
 - Copia del estado de cuenta del Asegurado de los últimos tres (3) meses.
 - Declaración firmada por el asegurado, confirmando que sigue desempleado. Esta declaración deberá ser presentada mensualmente.
 - Copia del documento de liquidación o equivalente.
 - Monto de la cuota mensual identificando claramente el saldo de capital, intereses y otros conceptos.

- b. En caso de Incapacidad Total Temporal por Accidente:
- Carta dando formal aviso del reclamo dentro de los primeros quince (15) días.
 - Copia del estado de cuenta del Asegurado de los últimos tres (3) meses.
 - Informe del médico tratante indicando fecha de inicio de la incapacidad y diagnóstico completo.
 - Informe de la policía o de los bomberos, en caso que éstos se hubieran hecho presentes al lugar del accidente.
 - Copia simple de los exámenes médicos, de laboratorio y de diagnóstico que comprueben la incapacidad.

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente el suministro de la información necesaria o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditarlos.

18. **CESIONES:** Los derechos que esta póliza confiere son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

19. **EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Las relaciones entre la Compañía y los Asegurados se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante para efectos del cobro y pago de la prima. Conforme a esto, el Contratante efectuará a la Compañía el pago de las primas y cobrará a los Asegurados en nombre de la Compañía.

20. **JURISDICCIÓN:** El Contratante, Asegurado y la Compañía renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales competentes de la Capital de la República de Guatemala, para todo litigio proveniente del Contrato.

21. **DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS.** El asegurado perderá todo derecho de las indemnizaciones y la compañía quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta póliza al ocurrir cualquiera de las siguientes causas:

a. Declaraciones del asegurado en la solicitud o cualquier otro documento que entregue a la Compañía que fueren falsas, inexactas o que contengan omisiones voluntarias que hicieran suponer una disminución del riesgo, induciendo a la Compañía a aceptar el riesgo, cuando dé conocer tales circunstancias la Compañía hubiera rechazado la aceptación del Seguro o aceptarlo en otras condiciones.

b. Cuando el asegurado presentare una reclamación fraudulenta o engañosa o si en cualquier momento se presentaren medios o documentos falsos, engañosos o dolosos por el asegurado o por terceros que cobren por cuenta de éste o con su consentimiento, para sustentar reclamaciones o para obtener el pago de los beneficios otorgados por esta póliza.

22. **RENOVACIÓN.** La Compañía podrá renovar este contrato automáticamente a la fecha de vencimiento, excepto por lo establecido en la Cláusula 13. Terminación del Contrato o de la Póliza.

23. **PRESCRIPCIÓN.** Todos los derechos y acciones que deriven de esta póliza, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

CERTIFICADO DE SEGURO
Seguro Colectivo de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente

Asegurado:

No. de Cédula o DPI.:

No. de Póliza:

Certificado No.:

El pago de la prima será:

Contributivo

No contributivo

Deducible:

Periodo de carencia:

Cuadro de Beneficios:

Prima y forma de pago:

Seguros G&T, S.A. certifica que el Asegurado ha sido incluido en la póliza de seguro colectivo arriba indicada con las coberturas y beneficios que se describen de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza, durante su vigencia.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA MISMA, ASÍ COMO LA CANCELACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE SEGURO QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. SE ENTENDERÁ QUE EXISTE MORA CUANDO LA PRIMA NO HAYA SIDO PAGADA DENTRO DE LOS PRIMEROS DIEZ (10) DÍAS DE CADA MES.

De acuerdo con el artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala:

Si esta póliza no concuerda con la solicitud que le dio origen, el contratante deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquel en que la recibió y se consideraran aceptadas las estipulaciones de esta póliza, si no se solicita la mencionada rectificación.

**Consentimiento y Certificado Seguro Colectivo de Desempleo o Incapacidad Total
Temporal por Accidente**

Contratante:

No. de Póliza:

Nombres y apellidos:

No. de Cédula o DPI:

Fecha de nacimiento:

Ocupación:

¿Trabaja en relación de dependencia?:

Empresa donde labora:

Teléfono del trabajo:

Fecha de inicio de la relación laboral:

Teléfono celular:

Dirección del trabajo:

Dirección correo electrónico:

Dirección del domicilio:

Cuadro de beneficios:

Prima y forma de pago:

Deducible:

Periodo de carencia:

El pago de la prima será:

Contributivo

No contributivo

En caso de que el pago de la prima sea Contributiva, autorizo al Contratante de la Póliza para que descuente de mi cuenta de depósitos monetarios _____, depósitos de ahorro _____ o tarjeta de crédito _____, durante la vigencia del seguro, el valor de las primas.

Detalle sobre la obligación:

Declaraciones del solicitante:

Yo, el solicitante declaro: a) Que las respuestas que anteceden y las que por aparte pudiera hacer ampliando lo contestado en este documento, aunque no sean escritas de mi puño y letra, son verdaderas y exactas, y reconozco que de hacer una declaración falsa o reticencia, no tendré derecho a ningún beneficio del seguro que estoy solicitando, quedando como obligación de la Compañía únicamente la devolución de primas. b) Que estoy enterado de que en caso no efectúe el pago de mi prima, dicha situación producirá la cancelación de mi Consentimiento y Certificado.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA MISMA, ASÍ COMO LA CANCELACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS Y CERTIFICADOS QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. SE ENTENDERÁ QUE EXISTE MORA CUANDO LA PRIMA NO HAYA SIDO PAGADA DENTRO DE LOS PRIMEROS DIEZ (10) DÍAS DE CADA MES.

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza contratada cuyo número se indica arriba. Doy mi conformidad para estar asegurado y a lo actuado por el contratante y la Compañía en lo que respecta a la póliza.

Seguros G&T, S.A. certifica que el Asegurado ha sido incluido en la póliza de seguro colectivo arriba indicada, con las coberturas y beneficios que se describen de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza, durante su vigencia.

De acuerdo con el artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala:

Si esta póliza no concuerda con la solicitud que le dio origen, el contratante deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquel en que la recibió y se consideraran aceptadas las estipulaciones de esta póliza, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes de recibida la petición de rectificación a que se refiere el párrafo anterior, la Compañía no declara al Contratante que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último.

Sujeta a la vigencia de la Póliza Maestra, la cobertura de este Consentimiento y Certificado se inicia a las 24 horas del día en que se firma por parte del Asegurado y cesará según lo indicado en la cláusula 16 "Terminación de la cobertura individual de un miembro", de las Condiciones Generales de la póliza, las cuales se presentan en hojas anexas a este Consentimiento y Certificado.

Este Consentimiento y Certificado sustituye a cualquier otro que pudiera haberse emitido anteriormente.

Se firma el presente Consentimiento y Certificado en el

Firma del Solicitante

Firma Seguros G&T, S.A.

Texto registrado ante la Superintendencia de Bancos en Resolución No. del

Registro de Asegurados
Seguro Colectivo de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente

Contratante: _____ **No. de Póliza:** _____
No. de Certificado _____ **Fecha del Reporte:** _____

No. de Certificado	Nombre del Asegurado	No. de Cédula o DPI	Suma Asegurada	Plazo	No. de Cuenta	Cuota Mensual
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------	--------------	----------------------	----------------------

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos en Resolución No. _____ del _____