

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO MASIVO

Seguros G&T, Sociedad Anónima es responsable por los seguros vendidos por cuenta de éste, a través del comercializador_____

Nombres y apellidos		Documento de identificación:		
Fecha de Nacimiento:	NIT	Fecha de solicitud		
Dirección domiciliar	Número de teléfono y/o celular	Correo electrónico		
Beneficiario	Parentesco	Porcentaje %		
Medio de Pago: Cuenta de Monetarios () Cuenta de Ahorros () Tarjeta de Crédito () Otros () Especificar:_____	No. de cuenta o tarjeta de crédito:_____	Fecha de vencimiento de la tarjeta:_____		
Lectura inicial del odómetro (kilómetros/millas)				
PLANES DE SEGURO				
Coberturas del plan	Plan _____	Plan _____	Plan _____	Plan _____
XXX	Q.	Q.	Q.	Q.
XXX	Q.	Q.	Q.	Q.
XXX	Q.	Q.	Q.	Q.
XXX	Q.	Q.	Q.	Q.
Prima (según forma de pago)_____	Q.			
Muy importante (debe de leerse antes de firmar)				

Y queda entendido y convenido que:

- Seguros G&T, Sociedad Anónima, ("La Compañía"), se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier solicitud de seguro.
- Las respuestas y declaraciones realizadas en la solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento.
- La omisión, falsa o inexacta declaración realizada en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.
- Autorizo al comercializador para que descuente durante la vigencia de la póliza del seguro solicitado, el valor de las primas al medio de pago indicado anteriormente en esta solicitud.

Para los efectos de la presente, YO el abajo firmante declaro que:

- Autorizo a Seguros G&T, Sociedad Anónima para que pueda corroborar la veracidad de la información contenida en la presente solicitud o demás documentos relacionados al contrato de seguro solicitado, por cualquier medio o forma legal.
- En caso, la presente Solicitud se efectúe con la finalidad de contratar un seguro cuya cobertura sea de vida, gastos médicos y accidentes personales declaro, que en la actualidad gozo de perfecta salud y autorizo a los médicos, clínica, hospitales y/o sanatorios que me hayan asistido o examinado para que proporcionen a la Compañía, los informes que requiera referente a mi salud y/o enfermedades anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno, inclusive después de mi

fallecimiento, para tal efecto eximo a las personas que revelen información de la obligación de guardar el secreto profesional del caso, así mismo autorizo a las aseguradoras a la que previamente he solicitado seguros para que proporcionen la información de su conocimiento.

- En lo aplicable, autorizo a “La Compañía” a que me envíen la póliza de seguro por cualquier medio de comunicación electrónica que haya especificado en la presente Solicitud y que en caso hubiere algún cambio, lo notificaré en los medios correspondientes e indicados en la póliza de seguro.
- Este documento puede ser aceptado y firmado electrónicamente en base a la Ley para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas electrónicas, Decreto 47-2008

Guatemala ____ de ____ de ____

Firma del solicitante: _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número _____ del _____, registro que no prejuzga el contenido del mismo.