

## CONSENTIMIENTO DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Esta solicitud es de uso confidencial, lo datos recabados serán utilizados para la contratación del seguro a través de \_\_\_\_\_ con Seguros G&T, S.A.

### DATOS GENERALES Y DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE

No. Póliza \_\_\_\_\_

PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE							
1. Nombre completo: _____				2. Dirección: _____			
3. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		4. Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		5. Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____		6. Estatura Metros y centímetros _____	
7. Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Departamento _____			8. Peso Libras _____			9. Ocupación _____	

Para efectos de la elaboración del certificado declaro que: Mi estado actual de salud es bueno; no padezco de enfermedades congénitas o afecciones tales como: cardiovasculares, SIDA y/o VIH, hipertensión arterial, cáncer, ni diabetes y en la actualidad no sufro de enfermedades agudas o crónicas, afecciones o adiciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente, o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma causal o consecencial.

¿He sufrido o sufro de alguna enfermedad? SI\_\_ NO \_\_

¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

**Completar la siguiente información para Sumas aseguradas a partir de \_\_\_\_\_ o su equivalente en dólares.**

10. Ha recibido usted algún tratamiento o ha sido avisado que sufre de lo siguiente, marque con una "X" donde corresponda.

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Trastornos de las Vías Digestivas			Trastornos del Recto			Cualquier defecto, Amputación o, menos cabo físico.		
Venas Varicosas			Enfermedades Venéreas			Enfermedad o defecto de la vista		
Enfermedades Cardíacas			Trastorno de los Riñones			Oído, Nariz a Garganta		
Desmayos o Mareos			Lesiones de la cabeza o de la			Trastorno de vesícula biliar		
Alta a Baja Presión			Espina Dorsal			Albumina o azúcar en la orina		
Convulsiones			Diabetes			Problemas de la Próstata		
Trastornos Nerviosos			Cáncer. Tumor o Quiste			Trastornos femeninos		
Tuberculosis			Hernia			Preclampsia, Eclampsia		
Asma/ Bronquitis			Bocio			Operación cesárea		
Dolores de cabeza (Severos)			SIDA			¿Está actualmente embarazada?		
Fiebre Reumática			Hemorroides			Aborto		
Diarrea Crónica			Cálculos Renales			Partos Prematuros		
Pérdida de peso significativa			Trastornos Hepáticos			Enfermedades de los Pechos		
Trastornos Vasculares			Anemia			Ovarios / Matriz		
Artritis a Reumatismo			Trastornos Glandular			Alteraciones menstruales		

Conteste a las siguientes preguntas marcando con una "X" donde corresponda		SI	NO
11. ¿ Ha estado usted como paciente en un hospital o institución durante los tres últimos años?			
12. ¿Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los tres últimos años?			
13. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo a tratamiento pero usted no lo hizo?			
14. ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento pero usted no lo hizo?			
15. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificados en los epígrafes 10 al 14?			
16. ¿Tiene a ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes?			
17. ¿Le ha sido alguna vez rechazada, aplazada, aceptada con recargo o modificada en modo alguno una solicitud para obtener o para rehabilitar una póliza de vida, accidente o salud?			

18. ¿Ha estado alguna vez asegurado en una Póliza de Gastos Médicos? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, brinde el nombre de la Compañía de Seguros y la fecha en la que estuvo asegurado \_\_\_\_\_

Si ha contestado SI a algunas de las preguntas 10 a la 17 arriba indicadas, explique los detalles a continuación:

Fecha	Pregunta número	Condición y detalles (si fue operado por favor especificar)	Duración de la incapacidad	Fecha de recuperación Mes Año	Nombre, direcciones de médicos y hospitales

Por medio de la presente declaro BAJO JURAMENTO que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que se solicita el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y/o cualquier hospital para que proporcione a Seguros G&T, S.A. cualquier información que solicite respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo haya recibido.

### PARTICIPACIÓN DE LOS DEUDORES

Si existe más de un deudor dentro del crédito, se indemnizará proporcionalmente de acuerdo a lo indicado en la declaración mensual del contratante con base a este cuadro:

Nombre: _____	Porcentaje: _____
Nombre: _____	Porcentaje: _____

En caso de que la participación de cada uno de los deudores sea mayor la Suma asegurada de \_\_\_\_\_ o su equivalente en dólares, cada uno deberá de llenar una solicitud.

Si usted cuenta con otra u otras póliza(s) de Seguro de Vida colectivo, por favor indicar el número o números de póliza, certificado y monto de Suma asegurada.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Detallar información:

\_\_\_\_\_

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

	Banco G&T Continental, S.A. (Beneficiario irrevocable)	100%	
		Parentesco	Porcentaje
1			
2			
3			
4			

Si ocurre el fallecimiento de cualquier beneficiario antes que el mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgan a los o el sobreviviente o si no hubiera, a mis herederos legales. Me reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba, con excepción del beneficiario irrevocable.

## ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Estimados Señores: Banco G&T Continental, S.A.

Por este medio acepto ser incluido como asegurado, bajo las condiciones y beneficios de la póliza colectiva que corresponda en moneda Quetzales o Dólares de \_\_\_\_\_, contratada con Seguros G&T, S.A., la cual en caso de fallecimiento cubrirá el saldo de la deuda que existiere a la fecha de fallecimiento. No está cubierto el suicidio (aun en estado de enajenación mental) durante los primeros dos años de la póliza; la muerte a causa de guerra (declarada o no), huelgas, motines, rebelión civil, insurrección, guerra civil, operaciones bélicas, terrorismo nacional o internacional, servicio militar o cometiendo un delito; el fallecimiento mientras se realicen competencias o pruebas de velocidad, o por exposición voluntaria al peligro innecesario; la muerte causadas por enfermedades en conexión o presencia de SIDA y/o VIH; y muerte por enfermedad durante los primeros 6 meses.

Convengo si se me admite en la póliza, y si me fuere requerido 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.

Las presentes condiciones están sujetas a cambio en cualquier momento siempre y cuando sean acordadas y suscritas entre el contratante y aseguradora.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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