



Compañía de Seguros, S.A.

Código	Clase	Certificado

TARJETAS DE INSCRIPCION PARA PLANES COLECTIVOS

(Favor usar letra de molde)

**ESTE LADO PARA
COMPLETARSE POR EL
ASEGURADO**

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza de Seguro Colectivo, contratada entre: _____
a quien reconozco como CONTRATANTE del grupo y ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. En consecuencia doy plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes, con relación al mencionado seguro.

Nombre Completo: _____ SEXO: _____
(Nombres y apellidos)

Dirección Particular: _____ Nacionalidad _____
(Dirección completa, Colonia y Ciudad)

Número de DPI/CUI: _____ Teléfono: _____ NIT: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

INDIQUESE COBERTURA			
VIDA	M.Y.D..A.	GASTOS MEDICOS	GASTOS MEDICOS PARA DEPENDIENTES

Dependientes elegibles para asegurarse, sujeto a las condiciones del contrato: SI _____ NO _____ No. de Dep: _____

EN CASO DE MI FALLECIMIENTO NOMBRO BENEFICIARIOS A:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	NACIONALIDAD	PARENTESCO CON EL EMPLEADO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	% DEL MONTO DE MI SEGURO
PRIMEROS BENEFICIARIOS				
SEGUNDOS BENEFICIARIOS				

En caso no asignen porcentajes, la Compañía de Seguros distribuirá el monto total de seguro, dentro del número de beneficiarios.

Trabaja usted o alguno de sus familiares cercanos en una entidad gubernamental? SI _____ NO _____

En caso afirmativo especifique nombre, cargo y entidad _____

NOTA IMPORTANTE: Es entendido que el suscrito reconoce que los beneficios del seguro que solicita, los tiene cubiertos en calidad de afiliado al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), no obstante, ratifica su deseo de adherirse a la solicitud básica y a la póliza maestra arriba indicada. Si ocurre el fallecimiento de cualquier beneficiario antes del mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgarán al o los beneficiario-s sobrevivientes, o si no hay, a mis herederos legales. Reservo el derecho de cambiar a cualquier beneficiario nominado arriba. Quiero inscribirme al Plan Colectivo arriba indicado para el cual soy o seré elegible. Convengo, si se me admite, en la deducción de las contribuciones apropiadas de mi sueldo y si me fuera requerido, en proveer evidencia de mi edad.

Declaro que estoy enterado de que la Suma de Seguro solicitada para el suscrito está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal.

Firma de la persona inscrita: _____ Fecha: _____

ESCRIBA ABAJO NOMBRE DE SU CONYUGE Y DE HIJOS SOLTEROS QUE TENDRAN COBERTURA EN ORDEN DE EDAD, EL MAYOR PRIMERO

NOMBRE	NACIONALIDAD	PARENTESCO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	NACIONALIDAD	PARENTESCO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE DEL CONTRATANTE: _____

FECHA EN QUE EL EMPLEADO ENTRO AL
SERVICIO DE LA COMPAÑIA

DIA MES AÑO

FECHA EN QUE EL EMPLEADO SE INCLUYE
AL PLAN

DIA MES AÑO

CLASE DE SEGURO: _____ SALARIO: _____ POR MES _____ POR SEMANA _____

Ocupación: _____
(Describir lo más completamente posible)

VERIFICADO Y FIRMADO EN NOMBRE DEL CONTRATANTE _____

(Firma)

"Queda entendido y convenido que: ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro."

Este texto es de responsabilidad de La Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1284 del 17 de Diciembre de 2015.