

Lugar y fecha:

NO ADHESIÓN AL SEGURO Y EXTENSIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo _____ con número de DPI
_____, extendido por el Registro Nacional de las Personas / pasaporte
_____, extendido por la República de _____ y código de empleado
_____.

Hago constar que no deseo adquirir el Seguro de Gastos Médicos, el cual se me ofrece como colaborador de una de las entidades del Grupo Financiero Agromercantil o sus empresas relacionadas, bajo las condiciones establecidas para el mismo. Comprendo las consecuencias que esta decisión conlleva y acepto mi responsabilidad ante futuras eventualidades de salud o de accidentes, las cuales deberé afrontar en base a los servicios de salud privada, pública o del IGSS, según sea mi decisión y mi disponibilidad. Libero expresamente de cualquier responsabilidad a la entidad que funge como mi patrono y a las demás entidades de Grupo Financiero Agromercantil y relacionadas en caso de algún siniestro, enfermedad u otro, y renuncio desde ya a solicitar autorizaciones extraordinarias de coberturas emergentes del Seguro de Gastos Médicos ante cualquier eventualidad.

Firma

**CONSENTIMIENTO DE PÓLIZA COLECTIVA
SEGURO DE VIDA**
**Seguro De Vida Temporal Anual Renovable
y Reembolso De Gastos Médicos**

**Seguros
Agromercantil**



Completar con letra de molde legible o digital (Sin tachones o borrones)

Póliza vida número Póliza GM número No. Certificado / Carnet:

Contratante:

Nombre del titular:					Fecha de nacimiento:
1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de Casada	Día Mes Año
Edad:	Estado civil:	Estatura:	Peso:	Salario mensual:	Fecha de ingreso al Grupo: Día Mes Año
NIT:	Documento de identificación/Número:		Cargo que desempeña:		Número de teléfono:
Dirección particular:					

Incluye Cobertura para Seguro de Gastos Médicos: Titular: Sí ☐ NO ☐
Dependientes: SI ☐ NO ☐

Cobertura	Categoría o clase	Suma asegurada o máximo vitalicio	Suma asegurada adicional
Seguro de Vida			
Seguro de Gastos Médicos			

Beneficiarios Seguro De Vida		
Nombre	Parentesco	%

Dependientes seguro de gastos Médicos (Cónyuge y/o Hijos)	Parentesco	Fecha de nacimiento	Estatura	Peso

Hago constar que los datos y respuestas de esta solicitud y de las Declaraciones para apreciación del riesgo que forma parte de la misma, son verdaderos y completos. CONSENTIMIENTO: Por la presente solicito a SEGUROS AGROMERCANTIL, 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 al contratante 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 tiempo, mediante aviso escrito al contratante. 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 Colectivo de Vida y Gastos Médicos de SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. arriba identificado.

Queda convenido y entendido que:
SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que formen 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.

En testimonio de lo cual, firmo este consentimiento en _____ el día _____ de _____ de _____

Por el Contratante (Sello y Firma) Titular

(Para ser completado por la aseguradora)	
Fecha de Alta:	Condiciones de aceptación:

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.