

**RAMO DE VIDA**

**CONSENTIMIENTO Y PROPUESTA** para ingresar al Seguro de Grupo Temporal Anual Renovable solicitado por: **MINISTERIO DE LA DEFENSA NACIONAL.**

Por medio de la presente solicitud, expresamente manifiesto mi CONSENTIMIENTO y anuencia para ingresar al Seguro de Grupo Temporal Anual Renovable solicitado por: **MINISTERIO DE LA DEFENSA NACIONAL**, para lo cual proporciono al Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala, los siguientes datos y declaraciones:

**GENERALES:**

Nombre Completo:

Estado Civil:

Dirección:

Municipio:

Departamento de:

Ocupación:

Lugar de Nacimiento:

Departamento de :

el día de del año,

Siendo mi edad al cumpleaños inmediato de :

años.

DPI No.

extendido en:

Nit:

Nombre de la Empresa donde trabaja: Ministerio de la Defensa Nacional

Dirección: Avenida Reforma 1-45 Zona 10 Antigua Escuela Politécnica Ciudad: Guatemala, Teléfono: 2291-3000.

Inicié labores, actividades en la Empresa o Entidad que contrata este Seguro ( **Ministerio de la Defensa Nacional** )

el:

de:

del año:

Designo como mis beneficiarios a;

Beneficiario	Parentesco	Dirección	Porcentaje %

En caso de falta o impedimento de él o los beneficiario (s) designado (s), la indemnización del seguro será solicitada por:

**INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO:**

¿Sufrió en el último año algún accidente, operación quirúrgica o se encuentra actualmente bajo tratamiento médico:

SI ☐

NO ☐

En caso de SI, especificar:

¿Tiene algún defecto físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmones, cancerosas,

hipertensión arterial, HIV, sida o enfermedades congénitas?

SI ☐

NO ☐

En caso de SI, especificar:

¿Tiene seguro (s) de vida actualmeSI ☐

NO ☐

¿En qué Compañía(s)?

Sumas Aseguradas:

**DECLARACIONES DEL SEGURO:**

*Declaro tener conocimiento de las normas que determinan la Suma Asegurada, contenidas en el Inciso e) de la solicitud que sirve de base para la contratación de este Seguro, y de que el pago de la prima que me corresponde efectuar será:*

*Contributiva*

*Sin Contribución*

*Correspondiéndome a mi cubrir el \_\_\_\_\_ % de la misma, para que de mi sueldo o salario deduzca la proporción indicada de la prima*  
*Declaro también que el estado actual de mi salud es satisfactoria y que los datos y declaraciones proporcionados por mi persona en la presente solicitud, serán considerados como base del CERTIFICADO del Seguro que me extienda el Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala, las cuales desde ya declaro son exactas, verídicas y completas. Por lo anterior desde ya autorizo a cualquier médico, institución o a cualquier miembro de su personal profesional, para que informe, revele o permita la inspección de cualquier informe, archivo o registro, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional, al Departamento de Seguros y Previsión de EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE GUATEMALA*

*Fechado en lugar*

*día*

*mes de*

*del año*

f) \_\_\_\_\_

*Agente Código*

f) \_\_\_\_\_

*Asegurado*

**Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos, según Resolución No.205-2006 de fecha del 06 de abril de 2006**