

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL



Contratante: (Nombre o Razón Social):

Nº de Póliza:

Por este medio expreso mi consentimiento para adherirme y formar parte de la póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos contratada, por la entidad anteriormente identificada, con **SEGUROS UNIVERSALES, S.A.**, para lo cual declaro lo siguiente:

Nombre completo del candidato:

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aa) Edad:

Documento de Identificación DPI o Pasaporte (No. CUI No. de Pasaporte)

Estatura

Peso

NIT:

No. Teléfono Móvil:

Correo electrónico para envío de facturas

Dirección:

Teléfono:

Fecha de ingreso a la Empresa: (dd/mm/aa)

Fecha de ingreso al Seguro: (dd/mm/aa)

Ocupación:

Salario Mensual:

% contribución para el pago de la aportación

BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos

Parentesco

Porcentaje

Nombres y Apellidos	Parentesco	Porcentaje
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEPENDIENTES PARA EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS*

* *Sólo se consideran Dependientes los descendientes menores de 25 años y el (la) cónyuge o pareja de hecho.*

** *Los códigos de parentesco son los que siguen: 1 para el Titular, 2 para el cónyuge o pareja de hecho, 3 para los hijos y 4 para las hijas.*

Nombres y Apellidos

Estatura / Peso

DPI (cónyuge e hijos mayores a 18 años)

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)

Código de Parentesco**

Nombres y Apellidos	Estatura / Peso	DPI (cónyuge e hijos mayores a 18 años)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Código de Parentesco**
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Ha sido usted o alguno de sus dependientes tratado médicamente o diagnosticado por alguna enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico incluyendo embarazo?. Si su respuesta es afirmativa, especificar diagnóstico

SI NO Solicitante () Cónyuge () Hijo ()

¿Tiene usted o alguno de sus dependientes algún defecto físico o congénito? Si su respuesta es afirmativa, especificar diagnóstico

SI NO Solicitante () Cónyuge () Hijo ()

En caso de ser aceptada mi solicitud que es la única base para la aceptación del seguro a mi favor, declaro que las respuestas suministradas en esta solicitud son exactas y verídicas y que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en esta solicitud dará lugar a que Seguros Universales, S.A. dé por cancelado el contrato del seguro o la negación del pago de algún reclamo tal y como lo contemplan los artículos: 880, 908 y 915 del Código de Comercio.

Solicito al Contratante, cuando corresponda, que deduzca de mi salario mensual, que debite de mi cuenta, o que recaude como considere pertinente la aportación que me corresponda y que la traslade a **Seguros Universales, S.A.**

Verificado y
Firmado por el Contratante:

Firma del Candidato:

Nombre y Firma del Asesor:

Fecha:

Seguros Universales, S.A. | 4ª Calle 7-73, Zona 9 | apdo. 01009 | Guatemala, C.A.
Tel.: 2384 7400 | universales.com | info@universales.com

1789

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en Resolución 270-2006 del 12 de mayo de 2006