



Aseguradora La Ceiba, S.A.  
 20 Calle 15-20, Zona 13  
 PBX: (502) 2379-1800  
 Fax: 2334-8167 / 68  
 admin@aceiba.com.gt  
 Guatemala, C.A.

Para uso de la Aseguradora

Póliza No.	Certificado No.
------------	-----------------

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL  
 SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES**

Por el presente doy mi consentimiento para mi inclusión en la Póliza de Seguro Colectivo solicitada por: \_\_\_\_\_

Con las coberturas siguientes:

- |   |   |          |
|---|---|----------|
| a) Muerte Accidental e Invalidez Permanente |   | Q. _____ |
| b) Reembolso de Gastos Médicos              | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Q. _____ |
| c) Incapacidad Temporal                     | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Q. _____ |
| d) Indemnización por Hospitalización        | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Q. _____ |

Para tal objeto proporciono a continuación los datos siguientes:

- Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
 (apellidos) (apellidos de casada) (nombres)
- No. De Cedula: \_\_\_\_\_ Extendida en: \_\_\_\_\_
- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4. Edad: \_\_\_\_\_ años  
 día mes año
- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Fecha de ingreso a la empresa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7. Fecha de ingreso al seguro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 día mes año día mes año
- Sueldo Mensual Q. \_\_\_\_\_ 9. Pago de la prima: Sin Contribución   
 Con Contribución  \_\_\_\_\_ % 10. Derecho   
 Zurdo
- Nombro beneficiarios para este seguro a (debe indicar el parentesco) \_\_\_\_\_

- Padece alguna enfermedad grave actualmente: No  Si
- En los últimos doce meses ha estado bajo tratamiento medico: No  Si
- Tiene alguna Incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo: No  Si
- En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique padecimiento, nombre y dirección del medico o la clase de incapacidad: \_\_\_\_\_

Si ocurre el fallecimiento de cualquier beneficiario antes del mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgan a los beneficiarios sobrevivientes. Reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nombrado arriba.  
 Declaro que tengo conocimiento de las normas aplicadas para determinar la Suma Asegurada Individual, convenida en la solicitud de la póliza y me adhiero al Contrato Básico del Seguro.

Firma del Contratante  
 Sello

Firma del Solicitante

Fecha: \_\_\_\_\_