



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.

Poliza No.	Certificado No.
------------	-----------------

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

Me adhiero a la solicitud básica y a la Póliza maestra de Seguro Colectivo de Vida Temporal Anual Renovable, contratando entre: _____

a quien conozco como CONTRATANTE DE Grupo y a ASEGURADORA LA CEIBA, S.A. Y en consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes en relación al mencionado seguro.

- Nombre completo del solicitante: _____
(apellidos) (apellido de casada) (nombres)
- No. De Cedula: _____
- Estado Civil: _____
- Fecha de Nacimiento: _____
día mes año
- Edad: _____ años
- Ocupación: _____
- Sueldo Mensual : _____
- Fecha de Ingreso a la Empresa: _____
día mes año
- Fecha de Ingreso al seguro: _____
día mes año
- Suma Asegurada Individual Q. _____
- Beneficios Adicionales: Si No
- Pago de la Prima
 Sin Contribución _____ %
 Con Contribución _____ %
- Nombre beneficiarios para este seguro: _____

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| 14. Padece alguna enfermedad grave actualmente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. En los últimos doce meses ha estado bajo tratamiento medico: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. En caso afirmativo de algún de las preguntas anteriores, indique padecimiento, nombre y dirección del medico o la clase de incapacidad: _____ | | |

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

 Firma del Contratante (Sello)

 Firma del Solicitante

 Fecha:

 Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en Resolución 52-97 del 29 de enero de 1997.