

CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

**CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE**

Tipo de Moneda:

Me adhiero a la solicitud y a la Póliza Básica de Seguro Colectivo de Vida Temporal Anual Renovable, contratado entre Aseguradora Rural, S.A. y _____
_____ (Contratante)

Información del Solicitante Asegurado

Primer nombre		Segundo nombre		Otros nombres
Primer apellido		Segundo apellido		Apellido de casada
Tipo de documento de identificación		Número de documento de identificación		NIT - Número de Identificación Tributaria
Sexo	Nacionalidad	Otra Nacionalidad	Estado Civil	
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)		Edad
Dirección del solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, otros)				
Zona	Colonia	Municipio	Departamento	País
Celular / Móvil	Teléfono(s) oficina		Teléfono casa	
Correo electrónico / e-mail				
Ocupación o empleo actual				
Lugar de Trabajo				
Fecha desde				
Sueldo Mensual				
Suma Asegurada Individual				

Declaro que estoy enterado que la suma asegurada consignada en este consentimiento está determinada de acuerdo con las normas establecidas en la solicitud de seguro, firmada por el contratante.

Información del SOLICITANTE para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra el Lavado de Dinero y Otros Activos)

	SI	NO
El solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP*):		

CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

*	PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala u otro país, un cargo prominente en un organismo internacional, dirigentes de partidos políticos nacionales de otro país		
Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:/:			
Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:/:			
*/	Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Personas Expuestas Políticamente (PEP).		
El solicitante actúa en nombre propio:			
Es ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América:			
Posee documento de Identidad Green Card:			
Es contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América:			
Ingresos mensuales del solicitante:			
PAGO DE LA PRIMA			
La prima será pagada:			
a) ____ Sin Contribución			
b) ____ Contributiva, debiendo contribuir cada Asegurado con el % del total de la prima.			
Autorización (Póliza Contributiva)			
Yo _____ autorizo a Aseguradora Rural, S.A. para que se haga el cargo a mi cuenta bancaria de Banrural, S.A. No. _____ o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima correspondiente al Plan de Seguro y la periodicidad de pago seleccionados.			
Depósitos Monetarios	Depósitos Ahorro	Tarjeta de Crédito	Vencimiento
Designación de Beneficiarios			
Nombre Completo	Parentesco	Edad	Porcentaje

CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Observaciones:

DECLARACIÓN DE SALUD

	SI	NO
¿A su mejor juicio y conocimiento se encuentra usted en buen estado de salud?		
¿Ha estado usted bajo observación médica o se ha sometido a tratamientos médico quirúrgicos o ha estado hospitalizado durante los últimos 24 meses?		
¿Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo?		

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique procedimiento, nombre y dirección del médico tratante o la clase de incapacidad. _____

Queda entendido y convenido que: Aseguradora Rural, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman 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.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo:

1. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Compañía la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mi (y/o a mis dependientes)* sin limitación alguna.

* Aplicable únicamente cuando la cobertura de seguro sea extensiva a los dependientes del asegurado.

2. A La Compañía para que pueda corroborar la veracidad de toda la información por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la Compañía de Seguros.



CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

LUGAR:		FECHA (dd/mm/aaaa):	
Firma del solicitante asegurado		Firma Cuentahabiente o Tarjetahabiente	
Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1284-2015 del 17 de diciembre del 2015.			