

Si ha contestado SI a algunas de las preguntas de la 10 al 17 arriba indicadas (página anterior), explique los detalles a continuación:

Fecha	Pregunta Número	Condición y Detalles (Si fue operado por favor especificar)	Duración de la incapacidad	Fecha Recuperación MES / AÑO	Nombre y Direcciones de Médicos y Hospitales

Por medio de la presente declaro BAJO JURAMENTO que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que se solicita el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y/o cualquier hospital para que proporcione a SEGUROS G&T, S.A. cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo haya recibido.

PARTICIPACIÓN DE LOS DEUDORES

Si existe más de un deudor dentro del crédito, se indemnizará proporcionalmente de acuerdo a lo indicado en la declaración mensual del contratante con base a este cuadro:

Nombre:	Porcentaje:
Nombre:	Porcentaje:

En caso de que la participación de cada uno de los deudores sea mayor la Suma asegurada de _____ o su equivalente en dólares, cada uno deberá de llenar una solicitud.

Si usted cuenta con otra u otras póliza(s) de Seguro de Vida colectivo, por favor indicar el número o números de póliza, certificado y monto de Suma asegurada.

Sí _____ No _____

Detallar información: _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Banco G&T Continental, S.A. (Beneficiario irrevocable)		100%	
		Parentesco:	Porcentaje:
1.			
2.			
3.			
4.			

Si ocurre el fallecimiento de cualquier beneficiario antes que el mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgan a los o el sobreviviente o si no hubiera, a mis herederos legales. Me reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba, con excepción del beneficiario irrevocable.

ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Estimados Señores: Banco G&T Continental, S.A.

Por este medio acepto ser incluido como asegurado, bajo las condiciones y beneficios de la póliza colectiva que corresponda en moneda Quetzales o Dólares de _____, contratada con Seguros G&T, S.A., la cual en caso de fallecimiento cubrirá el saldo de la deuda que existiere a la fecha de fallecimiento. No está cubierto el suicidio (aun en estado de enajenación mental) durante los primeros dos años de la póliza; la muerte a causa de guerra (declarada o no), huelgas, motines, rebelión civil, insurrección, guerra civil, operaciones bélicas, terrorismo nacional o internacional, servicio militar o cometiendo un delito; el fallecimiento mientras se realicen competencias o pruebas de velocidad, o por exposición voluntaria al peligro innecesario; la muerte causadas por enfermedades en conexión o presencia de SIDA y/o VIH; y muerte por enfermedad durante los primeros 6 meses.

Convenzo si se me admite en la póliza, y si me fuere requerido proveer evidencia de mi edad. Declaro que estoy enterado de las normas que determinan la suma asegurada solicitada por el suscrito y que está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal.

Las presentes condiciones están sujetas a cambio en cualquier momento siempre y cuando sean acordadas y suscritas entre el contratante y aseguradora.

Lugar y fecha _____ de 20__

Firma _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 777-2022 del 8/06/2022, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

