

CONSENTIMIENTO**Único Deudor****Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente**

CONTRATANTE: _____ No. Póliza: _____

Solicito ser incluido como Asegurado en la póliza de Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE ASEGURADO PRINCIPAL

Primer Nombre		Segundo Nombre		Otros nombres	
Primer apellido		Segundo Apellido		Apellido de Casada	
NIT		Tipo de Documento de Identificación		Número de documento de Identificación	
Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Nacionalidad: _____		Otra Nacionalidad: _____	
Lugar de nacimiento: _____		Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):		[] [] []	
Edad: _____		Estado civil: _____			

Dirección del Solicitante (Domicilio) (Dirección completa)

Celular/Móvil: _____ Teléfono(s)Oficina: _____ Teléfono casa: _____

Correo electrónico/ e-mail: _____

El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP*): Si No

*PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella que tiene o se le ha confiado una función prominente en una organización internacional, así como, los dirigentes de partidos políticos nacionales y de otro país que por su perfil están expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica.

Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*: Si No

Datos Laborales del Solicitante Asegurado Principal

Vigencia indefinida: Vigencia definida: Fecha de Vencimiento: _____ Renovable: Si No

Trabajador Si No | Trabajador Si No

Dependencia: independiente/Comercio/Profesional:

Nombre de lugar donde labora: _____ Teléfono: _____

Dirección lugar trabajo: _____

Profesión/Oficio/Ocupación: _____ Fecha de ingreso trabajo: _____

Puesto que ocupa: _____

Detalle de Actividades laborales: _____

2. DATOS DEL CRÉDITO

No. de crédito: _____ Valor mensual asegurado: _____

3. PROGRAMA DE BENEFICIOS

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 70 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 75 años.

Cobertura de Desempleo:	Suma Asegurada - Moneda

Inicio de Vigencia: [] [] [] Finalización de vigencia: [] [] []

Prima a pagar: [] [] [] Forma de pago: [] [] []

Fecha de ingreso al seguro: _____ Moneda: _____

Facturar a nombre de: _____

Dirección: _____ N.I.T: _____

4. BENEFICIARIOS

Nombre del Beneficiario Irrevocable	Relación

Aseguradora Rural, S.A., pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las condiciones generales de la póliza. El pago se hará a los beneficiarios designados por el asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este Consentimiento siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor. La mora en el pago de la prima convenida en los certificados o anexos que se emitan con fundamento en la póliza, producirá la terminación automática del seguro.

Se entenderá que existe mora cuando transcurridos 30 días de finalizado cada período mensual, trimestral, semestral o anual amparado, no hubiere sido pagada la prima de seguro correspondiente al siguiente período.

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 Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.

Para la cobertura de Desempleo por Incapacidad temporal por Enfermedad o Accidente: No se cubrirán padecimientos y/o enfermedades preexistentes.

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 Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
2. A la Aseguradora 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.

6. AUTORIZACIÓN

Yo _____ Autorizo al Contratante

Para que se haga el débito de la cuota de seguro a mi cuenta: _____ O cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima correspondiente al plan de seguro y la periodicidad de pagos seleccionados.

Depósito Monetario Depósito Ahorro Tarjeta de crédito: Vencimiento: _____

Se firma la presente en _____ a los _____ días del mes de _____ De _____

f) Asegurado Principal
DPI: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CERTIFICADO INDIVIDUAL**Único Deudor****Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente**

Póliza No. _____ No. De Certificado _____

CONTRATANTE: _____**1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO PRINCIPAL**

Nombre completo Asegurado: _____

Tipo y número de documento de identificación: _____

Fecha de nacimiento y edad: _____

Dirección: _____

2. DATOS DEL CRÉDITO

Valor mensual asegurado: _____ No. De crédito: _____

3. PROGRAMA DE BENEFICIOS

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 70 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 75 años.

Cobertura de Desempleo:	Suma Asegurada - Moneda
Inicio de Vigencia: _____	Finalización de vigencia: _____
Prima a pagar: _____	Forma de pago: _____

4. BENEFICIARIOS

Nombre del Beneficiario Irrevocable	Relación

Aseguradora Rural, S.A, pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales de la Póliza. El pago se hará a los beneficiarios designados por el asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este certificado, siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor. La mora en el pago de la prima convenida en los certificados o anexos que se emitan con fundamento en la póliza, producirá la terminación automática del seguro. **Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en caso de siniestro:** Para acceder al beneficio de este seguro, El Asegurado debe dar aviso al Contratante dentro de los quince (15) días calendario de ocurrido el siniestro. A su vez, el Contratante está obligado a notificarlo a la Aseguradora dentro de los diez (10) días calendario del mes siguiente a aquél en el que el Asegurado le informó del siniestro, debiendo indicar el monto de la cuota mensual del Asegurado, el saldo de capital, intereses y otros seguros y adjuntar fotocopia del estado de cuenta del crédito de los últimos tres (3) meses.

El Contratante y el Asegurado están obligados a suministrar a la Aseguradora, a requerimiento de esta, la información y las pruebas necesarias para verificar el siniestro y para permitirle las investigaciones necesarias para tal fin. El Asegurado deberá adjuntar al reclamo los documentos que la Aseguradora le solicite oportunamente.

Cuando a requerimiento del Asegurado solicite fotocopia de las Condiciones Generales de su póliza, se le entregarán en el medio convenido. Asimismo los puede descargar de la página web de la Aseguradora: _____.

Se firma la presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Aseguradora Rural, S.A.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.