

MAPFRE | GUATEMALA

Avenida La Reforma 9-55, Zona 10 Edificio Reforma 10 Of. 304 Guatemala, Guatemala, C.A.
 Tel. P.B.X. (502) 2328-5000 y (502) 2375-5000 Fax (502) 2328-5001 www.mapfre.com.gt

NÚMERO DE CERTIFICADO
 FORMA PARTE DE LA SOLICITUD No.

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Seguro Colectivo Temporal Renovable, Contratado entre _____

1) NOMBRE DEL EMPLEADO: _____
 PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO APELLIDO DE CASADA NOMBRES

2) DIRECCIÓN: _____

3) NIT: _____ CORREO ELECTRONICO: _____ TEL.: _____

4) DPI: _____ EXTENDIDO EN: _____ DEPARTAMENTO MUNICIPIO

5) PASAPORTE No.: _____ NACIONALIDAD: _____ PAIS: _____

6) FECHA DE NACIMIENTO: _____ DÍA MES AÑO EDAD: _____ 7) ESTADO CIVIL: _____

8) SEXO: _____ 9) ESTATURA: _____ 10) PESO: _____

11) OCUPACIÓN EN LA EMPRESA: _____ 12) FECHA DE INGRESO: _____ DÍA MES AÑO

13) SUELDO MENSUAL: _____ 14) SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL: _____

15) NOMBRO MIS BENEFICIARIOS PARA ESTE SEGURO A: _____

16) EL PAGO DE LA PRIMA ES: a) Sin Contribución Q. _____
 b) Contributivo pagando yo la suma de Q. _____
 que constituye el % del total de la prima de Q. _____

Declaro que estoy enterado que la suma del Seguro solicitada para el suscrito, esta acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal, autorizando al Contratante a requerir la deducción automática de mi salario, por la suma señalada en el numeral 16, siempre que el pago de la prima sea contributivo.

EN FE DE LO CUAL, firmo en la Ciudad de Guatemala, C.A., a los _____ días del mes de _____ del año dos mil _____

(FIRMA) _____

**DEPENDIENTES
(CÓNYUGE E HIJOS HASTA 24 AÑOS DE EDAD)**

1) NOMBRE DEL CÓNYUGE:				FECHA DE NACIMIENTO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	NOMBRES	DÍA	MES	AÑO
SEXO: _____				NIT: _____		
DOCTO PERSONAL DE IDENTIFICACION (DPI): _____				NACIONALIDAD _____		
EXTENDIDA EN: _____		PASAPORTE No.: _____		PAÍS: _____		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					

2) NOMBRE DEL HIJO DEPTE.:				FECHA DE NACIMIENTO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		DÍA	MES	AÑO
SEXO: _____				NIT: _____		
DOCTO PERSONAL DE IDENTIFICACION (DPI): _____				NACIONALIDAD _____		
EXTENDIDA EN: _____		PASAPORTE No.: _____		PAÍS: _____		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					

3) NOMBRE DEL HIJO DEPTE.:				FECHA DE NACIMIENTO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		DÍA	MES	AÑO
SEXO: _____				NIT: _____		
DOCTO PERSONAL DE IDENTIFICACION (DPI): _____				NACIONALIDAD _____		
EXTENDIDA EN: _____		PASAPORTE No.: _____		PAÍS: _____		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					

4) NOMBRE DEL HIJO DEPTE.:				FECHA DE NACIMIENTO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		DÍA	MES	AÑO
SEXO: _____				NIT: _____		
DOCTO PERSONAL DE IDENTIFICACION (DPI): _____				NACIONALIDAD _____		
EXTENDIDA EN: _____		PASAPORTE No.: _____		PAÍS: _____		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					

5) NOMBRE DEL HIJO DEPTE.:				FECHA DE NACIMIENTO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		DÍA	MES	AÑO
SEXO: _____				NIT: _____		
DOCTO PERSONAL DE IDENTIFICACION (DPI): _____				NACIONALIDAD _____		
EXTENDIDA EN: _____		PASAPORTE No.: _____		PAÍS: _____		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					

6) NOMBRE DEL HIJO DEPTE.:				FECHA DE NACIMIENTO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		DÍA	MES	AÑO
SEXO: _____				NIT: _____		
DOCTO PERSONAL DE IDENTIFICACION (DPI): _____				NACIONALIDAD _____		
EXTENDIDA EN: _____		PASAPORTE No.: _____		PAÍS: _____		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					

(FIRMA) _____