



ASEGURADORA GENERAL, S. A.

Compañía de Seguros

Solicitud de Cambio de Nombre

Póliza No.: _____ Contratante (Empresa) _____

Certificado No.: _____ Asegurado: _____

Sírvase cambiar el nombre del asegurado de:

A: _____

Testigo

Firma del Asegurado

Sírvase completar original y triplicado y remitirlos a la Compañía de Seguros.

Los cambios y/o modificaciones solicitadas por medio de esta solicitud, surtirán efecto a partir de que los mismos queden debidamente registrados en la póliza por parte de ASEGURADORA GENERAL, S. A.



ASEGURADORA GENERAL, S. A.

Compañía de Seguros

Solicitud de Cambio de Beneficiario

Póliza No.: _____ Contratante (Empresa) _____

Certificado No.: _____ Asegurado: _____

De acuerdo con las condiciones de la Póliza deseo revocar la designación anterior y nombrar nuevo (s) beneficiario (s) a:

Nombre del Beneficiario	Parentesco	%

Me reservo el derecho de cambiar beneficiario o beneficiarios sin el consentimiento de los mismos.

Fecha _____ Firma del Asegurado _____

Los cambios y/o modificaciones solicitadas por medio de esta solicitud, surtirán efecto a partir de la fecha en que firma el presente documento.

Texto Aprobado por la Superintendencia de Bancos, según Resolución No. 719-2001 del 17 de agosto del 2001



ASEGURADORA GENERAL, S. A.

Compañía de Seguros

Solicitud para Adición de Familiares Dependientes

Póliza No.: _____ Contratante (Empresa) _____

Certificado No.: _____ Asegurado: _____

Nombre del Dependiente	Parentesco	Fecha en que se adquirió el parentesco	Fecha de Nacimiento

Fecha _____ Firma del Asegurado _____

En los casos cuando el Seguro es Contributorio: Esta solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días de la fecha en que el dependiente se adquiere (fecha de nacimiento o fecha de casamiento); caso contrario, el familiar dependiente deberá completar el formulario de Pruebas de Asegurabilidad.

Los cambios y/o modificaciones solicitadas por medio de esta solicitud, surtirán efecto a partir de que los mismos queden debidamente autorizados y registrados en la póliza por parte de ASEGURADORA GENERAL, S. A.

Los dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde el _____

Por _____
Aseguradora General, S. A.

Texto Aprobado por la Superintendencia de Bancos, según Resolución No. 719-2001 del 17 de agosto del 2001



ASEGURADORA GENERAL, S. A.

Compañía de Seguros

Declinación del Seguro Colectivo

	SI	NO
Declinación de Seguro de Vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declinación de Seguro de Gastos Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declinación de Seguro de Gastos Médicos para Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del Asegurado _____		
Póliza No. _____ Certificado No. _____		

El programa del Seguro Colectivo ofrecido por Aseguradora General, S. A. a mi patrono _____ me ha sido explicado y se me ha dado la oportunidad de participar en el mismo. Después de considerarlo y entenderlo a cabalidad, por este medio certifico que renuncio a la oportunidad de participar en él.

Tengo entendido que si desearé tomar parte en el programa en una fecha futura, tendré que suministrar pruebas satisfactorias de buena salud. Los exámenes físicos que fueran requeridos, correrán por mi propia cuenta y la Compañía determinará la fecha de aceptación e inclusión al seguro.

Esta solicitud deberá ser completada tanto por aquellos empleados nuevos que desistan de su derecho de ingresar al seguro, así como también por aquellos asegurados que ya gozan de la cobertura de seguro y desean renunciar a la misma.

Contratante (Empresa)

Firma del Empleado

Guatemala, _____ de _____ del _____

Texto Aprobado por la Superintendencia de Bancos, según Resolución No. 719-2001 del 17 de agosto del 2001