

**SOLICITUD/CONSTANCIA DE CONTRATACIÓN DE  
PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA SEGURO DE VIDA  
ASEGURADORA CONFÍO, S.A.**

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA**

**Comercializador:**

**Dirección del comercializador:**

**Teléfono:**

**Página web:**

**Número de póliza:**

**Vigencia del:**

**al:**

**En caso de reclamo abocarse con:**  Aseguradora Tel: 2279-7000

Comercializador Tel:

Para consultar información de coberturas, exclusiones, límites de edad, obligaciones del asegurado o el beneficiario en caso de siniestro y procedimiento para presentar reclamo debe ingresar a la página web: confio.com.gt en el portal de Servicios y Descarga de Documentos.

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

**Asegurado:**

**Fecha de nacimiento:**

**Lugar de domicilio:**

**No. de documento de identificación:**

**Teléfono:**

**Beneficiarios:**

Nombre	Parentesco	Porcentaje

Si ocurre el fallecimiento de cualquier Beneficiario antes del mío, la parte de dicho Beneficiario se distribuirá proporcionalmente dentro de los Beneficiarios sobrevivientes o Beneficiario sobreviviente, o si no hay, a mis herederos legales. Me reservo el derecho de cambiar cualquier Beneficiario nominado arriba.

**CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**

El seguro es de vida individual, temporal anual renovable.

Cobertura	Suma Asegurada	Edad Límite de Cobertura

**Forma de pago:**

**Prima a pagar:**

**AUTORIZACIÓN**

Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar a la Aseguradora los datos que posean de mi estado de salud. Aseguradora Confío, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad.

Aseguradora Confío, S.A. pagará las sumas aseguradas que se indican para cada Cobertura o Anexo 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 esta Póliza o Anexo, siempre y cuando la Póliza de Seguro se encuentre en vigor.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud/Constancia autorizo como propuesto Asegurado, voluntariamente:

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 - DPI -.

Queda entendido y convenido que:

ASEGURADORA CONFÍO, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud/Constancia de Contratación de Seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi Solicitud/Constancia 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.

---

#### FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO

En fe de lo anterior se acepta, firma y sella la Solicitud/Constancia de Contratación de Seguro presentada por el Propuesto Asegurado, por los suscritos funcionarios debidamente autorizados en la República de Guatemala, en nombre de la Aseguradora y el Comercializador

Aseguradora Confío, S.A. es responsable por los seguros vendidos por cuenta de ésta, a través del comercializador \_\_\_\_\_.

---

ASEGURADORA CONFÍO, S.A.

---

COMERCIALIZADOR

ASEGURADORA CONFÍO, S.A.  
1ª Ave. 15-36, Zona 10, Guatemala, Guatemala. PBX: 2279-7000.  
Página web: [www.confio.com.gt](http://www.confio.com.gt) Correo electrónico: [aseguradora@confio.com.gt](mailto:aseguradora@confio.com.gt)

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1528 del 2022, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.