

Solicitud de Póliza de Accidentes Personales Colectivo

I. DATOS DE LA SOLICITUD		
Solicitud No.:		Territorio:
Moneda:		
Por medio de la presente solicito a BMI SEGUROS GUATEMALA, S.A. una póliza de Seguro Accidentes Personales Colectivo, para lo cual acompaño los Consentimientos respectivos de los integrantes del Grupo Asegurable.		
II. DATOS DEL CONTRATANTE	TIPO DE PERSONA	INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/>
Nombres y Apellidos o Razón Social:		
Actividad Principal ú Oficio:		Vínculo con el Grupo Asegurable:
DPI / Pasaporte:		NIT:
Fecha de Nacimiento		Nacionalidad:
¿Es contratista del Estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Es Persona Expuesta Políticamente/Persona Individual	Tiene parentesco con alguna Persona Expuesta Políticamente/Persona Individual	Es asociado cercano a una Persona Expuesta Políticamente/Persona Individual
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América?	¿Posee documento de identidad Green Card?	¿Es contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dirección:		
Municipio:		Departamento:
Teléfono No.:		Correo Electrónico:
III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
Nombre y Apellidos		
DPI / Pasaporte		NIT
¿Es contratista del Estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Actividad Principal

Es Persona Expuesta Políticamente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene parentesco con alguna Persona Expuesta Políticamente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es asociado cercano a una Persona Expuesta Políticamente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Posee documento de identidad Green Card? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
IV. DATOS DEL RESPONSABLE DE PAGO Y/O FACTURACIÓN (SI ES DISTINTO AL CONTRATANTE)		
Nombres y Apellidos o Razón Social:		
DPI / Pasaporte:	NIT:	
Actividad Principal de la Persona/Empresa:	Vínculo con el Grupo Asegurable:	
Dirección:		
Municipio:	Departamento:	
Teléfono No.:	Correo Electrónico:	
Dirección de Cobro:		
¿Es contratista del Estado?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Es Persona Expuesta Políticamente/Persona Individual Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene parentesco con alguna Persona Expuesta Políticamente/Persona Individual Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es asociado cercano a una Persona Expuesta Políticamente/Persona Individual Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Posee documento de identidad Green Card? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
V. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO ASEGURABLE		
Vigencia a partir del (fecha) _____ (a las 0.00 horas) final de vigencia el (fecha) _____ (a las 23.59 horas)		
No. de Personas que conforman:	La Empresa: _____	Grupo a Asegurar: _____
Límites de edad:		
Edad Mínima de ingreso _____	Edad de finalización: _____	

Actividad o Actividades a las que se dedica la Empresa:

Descripción de las actividades que realizan las personas candidatas al seguro:

VI. COBERTURA Y SUMA ASEGURADA (MARQUE SI Ó NO EN LA CASILLA DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS Y EL VALOR DE LA SUMA ASEGURADA)

1. Cobertura Básica:	<input type="checkbox"/>	Suma Asegurada: _____	
2. Anexos y/o Servicios Adicionales:	SI	NO	Sumas Aseguradas:
PÉRDIDA DE MIEMBROS CAUSADA POR ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACC. O ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
MUERTE ACCIDENTAL EN, O CAUSA POR TRANSPORTE PRIVADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RENTA MENSUAL A MENORES DE EDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ENFERMEDADES GRAVES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SERVICIOS DE ASISTENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

VII. PAGO DE LA PRIMA

Forma de Pago:

Mensual Trimestral Semestral Anual Pago Unico

La prima es:

- a) Sin Contribución
- b) Con Contribución, pagando los integrantes del grupo el _____% de la prima

VIII. DECLARACIÓN

BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA 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 dar por terminado el contrato de seguro.

Firma del Representante Legal _____

Lugar y Fecha: _____

Intermediario

Código:

Nombre:

Firma:

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