

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL  
PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

Nombre del Contratante del Grupo:	Póliza No.
-----------------------------------	------------

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Accidentes Personales Colectivo, suscrita entre el Contratante, arriba mencionado y BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, S. A., en consecuencia doy mi plena conformidad de todo lo actuado entre dichas partes con relación al mencionado seguro.

Nombres y Apellidos Completos del Solicitante		
Dirección:		Teléfono:
DPI:	NIT:	Ocupación en la Empresa:
Fecha de Nacimiento	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de Ingreso a La Empresa:
Sueldo Base Mensual	La Prima es: <input type="checkbox"/> Sin Contribución <input type="checkbox"/> Con Contribución pagando el ____% de la prima.	
Suma Asegurada Cobertura Básica	Anexos	Suma Asegurada
Nombres y Apellidos Completos de los Beneficiarios	%	Parentesco

BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Así mismo, podrá solicitar examen médico y/o exámenes médicos a costo del Solicitante.

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.

Así mismo, podrá solicitar examen médico y/o exámenes médicos a costo del solicitante.

Autorizo al Contratante a efectuar el cargo del valor de la prima Con Contribución si la hubiera de la forma indicada en la solicitud de Seguro Accidentes Personales Colectivo.

Proporcione detalles sobre las enfermedades padecidas (nombre del médico tratante, Medicamentos recetados, fecha del tratamiento (utilice hoja adicional si fuere necesario, la que será anexa al Consentimiento Individual).

---

Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud, autorizo:

- a) A cualquier persona individual o jurídica, tales como pero no limitado a aseguradoras, médicos, profesionales, hospitales, clínicas, proveedor de servicios de salud, y entidades gubernamentales, y a toda entidad médica o persona médica o relacionada médicamente para proveer a la Aseguradora la información que esta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí y/o mis dependientes, sin limitación alguna.
- b) 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.

Verificado y Firmado en Nombre del Contratante	Firma del Solicitante	Fecha

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1137-2019 del veintidós de agosto de dos mil diecinueve, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.