

1. ASEGURADO(S) PROPUESTO(S)

(a) TITULAR – Apellidos / Nombres

_____ / _____

Lugar de Nacimiento Estatura
Mts./Cms. Pies/Pulgadas

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

 Mes Día Año

_____ / _____ / _____

Edad

(b) CÓNYUGE – Apellidos / Nombres

_____ / _____

Lugar de Nacimiento Estatura
Mts./Cms. Pies/Pulgadas

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

 Mes Día Año

_____ / _____ / _____

Edad

1.1 HIJOS*

(a) Apellidos / Nombres

_____ / _____

Lugar de Nacimiento Estatura
Mts./Cms. Pies/Pulgadas

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

 Mes Día Año

_____ / _____ / _____

Edad

(b) Apellidos / Nombres

_____ / _____

Lugar de Nacimiento Estatura
Mts./Cms. Pies/Pulgadas

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

 Mes Día Año

_____ / _____ / _____

Edad

(c) Apellidos / Nombres

_____ / _____

Lugar de Nacimiento Estatura
Mts./Cms. Pies/Pulgadas

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

 Mes Día Año

_____ / _____ / _____

Edad

* Si no puede consignar toda la información en los apartados anteriores, anote los datos en una hoja adicional. En caso de ser extranjero, consigne el número de pasaporte de la persona que corresponda en el apartado de Número de Documento Personal de Identificación.

2. ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

Residencia Comercial Otra

Domicilio (Departamento de la República de Guatemala en donde se encuentra la Dirección Residencial)

Dirección Residencial (Calle/Número/Zona/Ciudad/País/Código Postal)

Apartado Postal _____

Dirección Comercial

Apartado Postal _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Tiempo en la Dirección Actual elegida para envío de correspondencia _____ años

Números de Teléfono: Casa _____ Comercial _____ Celular _____

3. EMPLEADOR

Nombre de la Compañía _____ Ocupación _____

Giro de negocios _____

4. PLANES

SERIE 3000 (marque con una x la opción de deducible seleccionada):

Planes CON Beneficio de Maternidad, Preservación de las Células Madre del Cordón Umbilical, Complicaciones de la Maternidad y Cuidado Neonatal:

Deducible que solicita contratar:	Opción	Fuera de Estados Unidos de América	Dentro de Estados Unidos de América
		I	US\$ 500.00
	II	US\$ 1,000.00	US\$ 2,000.00
	III	US\$ 2,500.00	US\$ 5,000.00
	IV	US\$ 5,000.00	US\$ 5,000.00

Planes SIN Beneficio de Maternidad, Preservación de las Células Madre del Cordón Umbilical, Complicaciones de la Maternidad ni Cuidado Neonatal:

Deducible que solicita contratar:	Opción	Dentro y fuera de Estados Unidos de América
		V
	VI	US\$ 20,000.00
	VII	US\$ 30,000.00
	VIII	US\$ 40,000.00
	IX	US\$ 50,000.00
	X	US\$ 60,000.00

4. PLANES

MERIDIAN II (marque con una x la opción de deducible seleccionada):

Planes CON derecho a beneficio de Maternidad, Complicaciones de la Maternidad, Cuidado Neonatal y Preservación de las Células Madre del Cordón Umbilical:

Deducible que solicita contratar:	US\$ 500.00
	US\$ 1,000.00
	US\$ 2,500.00
	US\$ 5,000.00

Planes SIN derecho a beneficio de Maternidad, Complicaciones de la Maternidad, Cuidado Neonatal y Preservación de las Células Madre del Cordón Umbilical:

Deducible que solicita contratar:	US\$ 10,000.00
	US\$ 20,000.00

AZURE (marque con una x la opción de deducible seleccionada):

Planes CON derecho a beneficio de Maternidad, Complicaciones de la Maternidad, Cuidado Neonatal y Preservación de las Células Madre del Cordón Umbilical:

Deducible que solicita contratar:	US\$ 500.00
	US\$ 1,000.00
	US\$ 2,500.00

Planes SIN derecho a beneficio de Maternidad, Complicaciones de la Maternidad, Cuidado Neonatal y Preservación de las Células Madre del Cordón Umbilical:

Deducible que solicita contratar:	US\$ 5,000.00
	US\$ 10,000.00
	US\$ 20,000.00

FLEXI III AMÉRICA LATINA (marque con una x la opción de deducible seleccionada y cualquier cobertura adicional que desee contratar):

Deducible que solicita contratar
US\$ 250.00
US\$ 500.00
US\$ 1,000.00
US\$ 2,500.00
US\$ 5,000.00
US\$ 10,000.00
US\$ 20,000.00

Beneficios Adicionales <u>Opcionales</u> :	
<input type="checkbox"/>	Aumento Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza de US\$ 1,000,000.00 para un total de US\$ 1,500,000.00
<input type="checkbox"/>	Cobertura del 100% de los gastos cubiertos de Servicios de Paciente Externo
<input type="checkbox"/>	Cobertura del 80% de los gastos cubiertos de Servicios de Paciente Externo
<input type="checkbox"/>	Habitación, Comidas y Unidad de Cuidados Intensivos cubiertos 100%

PLAN IDEAL (marque con una x la opción de deducible seleccionada y si desea el beneficio adicional):

Planes CON derecho a beneficio de Maternidad, Complicaciones de la Maternidad y Cuidado Neonatal:

Deducible que solicita contratar:	US\$ 500.00
	US\$ 1,000.00
	US\$ 2,500.00

Planes SIN derecho a beneficio de Maternidad, Complicaciones de la Maternidad y Cuidado Neonatal:

Deducible que solicita contratar:	US\$ 5,000.00
	US\$ 10,000.00
	US\$ 20,000.00

Beneficios Adicionales <u>Opcionales</u> :	
<input type="checkbox"/>	Aumento Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza de US\$ 1,000,000.00 para un total de US\$ 1,500,000.00

5. ANEXOS AL SEGURO DE SALUD

ANEXO DE ASISTENCIA EN VIAJE: SÍ NO (Únicamente para Plan Meridian II, Plan Azure y Plan Ideal)

ANEXO DE PAGOS FRACCIONADOS: SÍ NO

ANEXO BENEFICIO ADICIONAL DE SEGURO TEMPORAL DE VIDA: SÍ NO

“Advertencia:

En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Esta recomendación responde a que la legislación de Guatemala regula el procedimiento para determinar quién ostentará la representación legal de un menor y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para designar quien administrará los beneficios que el menor reciba.

Si se designara en este apartado a un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, pudiera interpretarse como si se nombrara beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso SÓLO tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro concede el derecho incondicionado a esa persona de disponer de la suma asegurada.”

TITULAR: **US\$ 50,000.00** **US\$ 100,000.00**

BENEFICIARIOS

Primario(s)	Parentesco	%	Fecha de Nacimiento
			Mes / Día / Año
_____	_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____/_____
Contingente(s)*	Parentesco	%	Fecha de Nacimiento
			Mes / Día / Año
_____	_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____/_____

CÓNYUGE: **US\$ 50,000.00** **US\$ 100,000.00**

BENEFICIARIOS

Primario(s)	Parentesco	%	Fecha de Nacimiento
			Mes / Día / Año
_____	_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____/_____
Contingente(s)*	Parentesco	%	Fecha de Nacimiento
			Mes / Día / Año
_____	_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____/_____

* Aquellos beneficiarios que sean designados como Beneficiarios Contingentes únicamente recibirán el porcentaje que se les asigne si los Beneficiarios Primarios no pueden recibir la indemnización por haber fallecido antes del Asegurado o por impedimento legal.

6. PRIMAS

FORMA DE PAGO

Titular	US\$ _____	<input type="checkbox"/>	Anual	US\$ _____
Cónyuge	US\$ _____	<input type="checkbox"/>	Semestral	US\$ _____
Hijos	US\$ _____	<input type="checkbox"/>	Trimestral	US\$ _____
		<input type="checkbox"/>	Mensual	US\$ _____
			Gastos de Evaluación de Riesgo*	US\$ _____
			TOTAL	US\$ _____

*** El monto pagado en concepto de Gastos de Evaluación de Riesgo se cobra por Póliza, no es reembolsable y debe ser pagado al momento en que el Solicitante de la Póliza presenta la Solicitud de Seguro.**

7. INFORMACIÓN RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES

Declaro que las respuestas a continuación son precisas y exactas.

	SÍ	NO
a. ¿Han usado heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otro tipo de drogas legales o ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Han sido arrestados o han recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Alguna vez han consultado, han estado o están actualmente bajo observación o tratamiento o han sido examinados por algún psiquiatra, psicólogo o cualquier otro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Han participado o piensan participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, parapentismo, pesca submarina, carreras de automóviles o de motos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De las personas propuestas para el seguro, ¿existe alguna residiendo en otro país? Indique nombre, motivo y dirección: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Fuman cigarrillos u otros productos derivados del tabaco? En caso afirmativo, ¿qué cantidad al día? _____ Si Ud. fumaba cigarrillos pero dejó de hacerlo, ¿hace cuánto tiempo dejó de fumar? _____ (meses/años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Toman bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique la cantidad y frecuencia: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Se les ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Además de lo arriba mencionado, ¿han sido pacientes en un hospital, clínica, sanatorio o institución médica o psiquiátrica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Mujeres: ¿se encuentra Ud. en estado de gestación? De ser afirmativa su respuesta, indique cuántos meses tiene de embarazo. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Alguna condición médica que haya requerido cirugía y/o algún procedimiento quirúrgico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES

¿Padecen ustedes, han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades o desórdenes?:

	SÍ	NO
a. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1. ¿Qué tipo de dolor ha tenido? <input type="checkbox"/> Opresivo <input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.2. ¿Consultó al doctor por esa causa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.3. ¿Tomó algún tipo de medicamento para dicho dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.4. ¿Cuál? _____		
c. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.1. ¿Han sufrido una isquemia cerebral transitoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Albúmina o sangre en la orina u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos y quistes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, páncreas o vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral, la espalda o las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformidades o amputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Síndrome Complejo Relacionado al SIDA (SCRS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ñ. ¿Tratamiento o medicamento que recibe en la actualidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. FAVOR DE DAR DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LAS PREGUNTAS DE LOS APARTADOS 7 y 8

Nombre de la(s) persona(s)/ Número de la pregunta	Condición y Complicaciones	Fecha en que Comenzó (mes y año)	Duración	Nombre y Dirección de Médicos y Hospitales
--	-------------------------------	--	----------	---

Nombre de la(s) persona(s)/ Número de la pregunta	Condición y Complicaciones	Fecha en que Comenzó (mes y año)	Duración	Nombre y Dirección de Médicos y Hospitales

10. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SUS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS

11. ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA

¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? SÍ NO

(En caso afirmativo, por favor explique. Indique con una "T" para el Titular y con una "C" para el Cónyuge).

	Edad si viven		Explicación	Edad al fallecer		En caso de fallecimiento Indicar causa
	"T"	"C"		"T"	"C"	
Padre						
Madre						
Hermano(s)						

12. SEGUROS DE VIDA O SALUD QUE HAYAN ESTADO O ESTÁN EN VIGOR DE LOS ASEGURADOS PROPUESTOS

Indique con una "T" para el titular y con una "C" para el cónyuge.

"T"	"C"	Compañía	Número de Póliza	Salud	Vida	Suma Asegurada	Fecha de emisión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$	

13. ¿INTENTA REPLAZAR CON ESTE SEGURO ALGUNA PÓLIZA DE SALUD O DE VIDA CON ÉSTA U OTRA COMPAÑÍA?

SÍ NO

CONDICIONES PRE-EXISTENTES DECLARADAS ESTÁN CUBIERTAS SEGÚN SE DEFINEN EN LA PÓLIZA O EN CUALQUIER ENMIENDA A LA MISMA

AUTORIZACIÓN

BMI Compañía de Seguros de Guatemala, Sociedad Anónima tendrá derecho a obtener toda la información que considere necesaria como exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan a las personas objeto del seguro solicitado. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, oficina de MIB, Inc., o institución que posea esta información para que la suministre a la Aseguradora. Cualquier acción de parte del asegurado propuesto o sus médicos que busque obstaculizar la obtención de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de la Aseguradora. Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos. Esta autorización se mantendrá vigente por un período de tres años y una copia de la misma se considera tan válida como la original. Autorizo a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, Sociedad Anónima que emita un breve reporte sobre mi información médica confidencial a MIB, Inc. Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte del contrato de seguro emitido como consecuencia de esta solicitud.

() Marcando en esta casilla usted AUTORIZA a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, Sociedad Anónima para que suministre su información a terceros incluyendo a MIB, Inc. Usted podrá en todo momento revocar el consentimiento a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, Sociedad Anónima para que suministre su información a terceros haciendo uso del cupón que le es entregado al Solicitante en los casos en que se marca esta casilla.

Este seguro no se ofrece a residentes permanentes de los Estados Unidos de América, Canadá o Europa. En caso de conflicto o disputa relacionada con la póliza, aplicarán las leyes de la República de Guatemala.

Las partes se someten a la venia exclusiva y jurisdicción de la República de Guatemala, para la resolución de dicho conflicto o disputa.

Ningún Intermediario de Seguros podrá cambiar u omitir ninguna disposición de la Solicitud de Seguro, de la Póliza o de ningún otro documento emitido al respecto.

El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proporcionar la información correcta, sin importar cualquier declaración en contrario hecha por el Intermediario de Seguros. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de información en la Solicitud de Seguro resultará en la denegación de cobertura de la Póliza o su anulación. Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora. La Compañía resolverá la presente solicitud en un plazo no mayor de 30 días hábiles. En el caso en que la Aseguradora no se manifieste dentro del plazo señalado, la Solicitud de Seguro se tendrá por denegada. Si la Solicitud de Seguro fuere aceptada por la Aseguradora y el Asegurado, al recibir la Póliza, encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, podrá solicitar la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquel en que lo recibió, conforme a lo que se establece en la Carátula que le es entregada junto con la Póliza.

Fecha _____
Mes/ Día/ Año

Firma del Titular del Seguro

Firma del Solicitante de la Póliza

(Si no es titular)

Firma del Cónyuge del Titular del Seguro

Firma del Intermediario de Seguros

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1809-2019 de fecha 13 de diciembre de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



COBERTURA CONDICIONAL TEMPORAL DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE ANTES DE SER ENTREGADA LA PÓLIZA

La cobertura de gastos médicos cubiertos que resulten de una lesión corporal accidental sufrida por algún asegurado propuesto incluido en esta solicitud será válida si conjuntamente con la presentación de la Solicitud se hace el pago anticipado de la prima. La cobertura temporal está limitada a un máximo de US\$ 50,000.00 por solicitud, desde la fecha en que la solicitud y el pago anticipado de la prima son recibidos en las oficinas de BMI Compañía de Seguros de Guatemala, Sociedad Anónima, hasta lo que ocurra primero: (a) la fecha efectiva de la póliza; o (b) treinta días a partir de la fecha en que dicha solicitud y pago sean recibidos en las oficinas de BMI Compañía de Seguros de Guatemala, Sociedad Anónima. Esta cobertura temporal de emergencia por accidente está sujeta y regulada por las reglas, términos, condiciones y exclusiones de la póliza a aplicar si la póliza por la cual se solicitó cobertura hubiera estado en vigor en la fecha del accidente de cualquiera de los asegurados propuestos incluidos en la solicitud. **Este beneficio no aplicará en el caso de que la solicitud fuera declinada por cualquier otra razón que no fuera a consecuencia de lesiones sufridas en un Accidente mientras se está evaluando la solicitud.**

**SEGURO DE SALUD – RECIBO CONDICIONAL/TÉRMINOS Y CONDICIONES
(Nulo si fuese alterado o modificado, o si el pago de los Gastos de Evaluación de Riesgo de la póliza, y en su caso, el anticipo que efectúe el Solicitante fuese rechazado).**

Los beneficios bajo la póliza solicitada estarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud correspondiente, supeditados a los términos de dicha póliza y bajo las siguientes condiciones:

- (1) Que todas las personas propuestas para los beneficios de esta póliza se encuentren en buen estado de salud y no haya habido ningún cambio en las respuestas a las preguntas de esta solicitud.
- (2) Que el pago que haya sido realizado por el Solicitante al momento de presentar la Solicitud de Seguro haya sido pagado con cheque, cheque de gerencia, transferencia bancaria, pago en línea o tarjeta de crédito con su correspondiente formulario de autorización, en la fecha de la solicitud y recibida en las oficinas de BMI Compañía de Seguros de Guatemala, Sociedad Anónima, o en la cuenta bancaria que al efecto se designe.

En caso de que la solicitud sea declinada, en los casos en que la Aseguradora haya recibido el pago de la prima al momento de recibir la Solicitud de Seguro, la responsabilidad de la Compañía se limitará a la devolución de la prima pagada y **no será devuelto el monto que sea entregado en concepto de Gastos de Evaluación de Riesgo.**

Recibí de _____ La cantidad de US\$ _____

Fecha _____ Firma del Intermediario de Seguros _____
Mes / Día / Año

Declaro haber leído los términos de este recibo y que los mismos han sido explicados por el Intermediario de Seguros. Queda convenido que el seguro solicitado no entrará en vigor a menos que las condiciones de este recibo hayan sido satisfechas en su totalidad.

Firma del Solicitante

ESTE RECIBO DEBE SER COMPLETADO, FIRMADO POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y ENTREGADO AL SOLICITANTE SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA HECHO UN PAGO POR LA PRIMERA PRIMA. DE LO CONTRARIO, NO DEBE SER DESPRENDIDO.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1809-2019 de fecha 13 de diciembre de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



NOTIFICACIÓN REFERENTE A MIB, Inc.

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante, la Aseguradora puede presentar un breve informe a MIB, Inc. MIB, Inc. es una asociación de compañías de seguro de vida, sin fines lucrativos, cuya función es permitir el intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita un seguro de vida o salud, o si presenta una reclamación a otra compañía miembro, MIB, Inc. suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente, de así solicitarse. La Aseguradora también puede suministrar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguro de vida a las cuales usted solicite cobertura o presente una reclamación de beneficios. Usted puede solicitar que MIB, Inc. revele cualquier información que pueda tener en su expediente. Usted también puede solicitar a MIB, Inc. que corrija cualquier información contenida en su expediente que usted considere incorrecta. Para solicitar lo anterior la Aseguradora lo guiará en el procedimiento. La dirección de MIB, Inc. está ubicada en 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734, USA. Teléfono (001-781) 751-6000. **Se hace constar que la Aseguradora mantiene con MIB, Inc. contratos de confidencialidad para proteger la información de los asegurados.**

() Marcando en esta casilla usted REVOCA el consentimiento otorgado a la Aseguradora en la Solicitud de Seguro para suministrar su información a terceros incluyendo MIB, Inc. Usted podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado a la Aseguradora para que suministre su información a terceros.

Firma del Solicitante

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1809-2019 de fecha 13 de diciembre de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

DE LAS DECLARACIONES

Manifiesto que todos los datos declarados en la presente Solicitud de Seguro, son completos, verídicos, tienen importancia y servirán a la Aseguradora para la apreciación del riesgo.

Adicionalmente, entiendo que la omisión o inexacta declaración de cualquiera en los datos declarados en esta Solicitud de Seguro, de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, podrá resultar en la denegación de cobertura de la Póliza, modificación del contrato de seguro o terminación del contrato de seguro.

Firma del Solicitante de la Póliza

Nombre del Solicitante

Fecha

Firma del Intermediario de Seguros

Nombre de la persona (intermediario) que asistió
en consignar la información de la Solicitud de Seguro

Fecha

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1809-2019 de fecha 13 de diciembre de 2019 registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.