

SOLICITUD DE REHABILITACION

Número de póliza	Asegurado	Ocupación
------------------	-----------	-----------

1. Desde la fecha de emisión de la póliza arriba mencionada, el asegurado:

	SI	NO
a. ¿Ha sufrido de algún desorden mental o físico?	☐	☐
b. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	☐	☐
c. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?	☐	☐
d. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?	☐	☐
e. ¿Ha sido dado de baja del servicio militar por razones médicas?	☐	☐
f. ¿Participa o piensa participar en motociclismo, carreras de autos, planeo, alpinismo, parapente, paracaidismo o algún otro deporte peligroso? (Si afirmativo, complete el formulario de Pasatiempos)	☐	☐
g. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un crimen?	☐	☐
h. ¿Ha sido suspendida o revocada su licencia de conductor?	☐	☐
i. ¿Ha estado involucrado en un accidente de carro, declarado culpable de conducir bajo la influencia del alcohol o drogas o tiene más de una infracción de tráfico?	☐	☐

	SI	NO
j. ¿Ha fumado cigarrillos o usado otros productos derivados del tabaco?	☐	☐
k. ¿Ha usado algún narcótico o cualquier otra sustancia controlada con o sin receta médica? (Si afirmativo, complete el Cuestionario de Uso de Drogas)	☐	☐
l. Aparte de volar como pasajero en una aerolínea, ¿piensa hacer otro tipo de vuelo? (Si afirmativo, complete el Cuestionario de Pasatiempos y Deportes)	☐	☐
m. ¿Ha sido su solicitud de vida o salud alguna vez rechazada o postergada?	☐	☐
n. ¿Le han negado la rehabilitación de su póliza, o le han ofrecido una sobreprima? ¿Tiene alguna solicitud pendiente en alguna compañía?	☐	☐
o. ¿Ha sido diagnosticado o tratado por un médico como afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Complejo Relacionado con el SIDA?	☐	☐
p. ¿Ha servido o intenta servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar?	☐	☐

2. DETALLE SUS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS 1(a) A LA 1(p)

No.	Nombre	Enfermedad o Lesión	Fecha	Detalles, Médicos, Hospitales, Direcciones

Todas las declaraciones contenidas en esta Solicitud de Rehabilitación de Seguro son precisas y exactas. Queda convenido que estas declaraciones y respuestas formarán parte de la Póliza. El solicitante tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración en contrario hecha por el intermediario. Se acuerda que: 1) BMI Compañía de Seguros de Guatemala S.A., puede solicitar evidencia adicional de asegurabilidad; 2) el hecho de que BMI Compañía de Seguros de Guatemala S.A. reciba o tenga en su poder esta solicitud no constituye la rehabilitación de la póliza; 3) durante la vida de la persona asegurada bajo esta póliza, si se rehabilitase y mientras su asegurabilidad quede como se describe en esta solicitud, la póliza no será rehabilitada hasta que BMI Compañía de Seguros de Guatemala S.A. haya: (a) recibido todas las sumas requeridas y (b) aprobado la solicitud de rehabilitación; 4) lo que sea del conocimiento del intermediario o del examinador médico, no implica que sea del conocimiento de BMI Compañía de Seguros de Guatemala S.A., en consecuencia tampoco puede aceptarse en favor de su asegurabilidad; 5) el periodo para disputar una póliza de seguro comenzará a partir de aceptada la rehabilitación de la presente Póliza, así mismo el periodo de dos años regulado en las condiciones generales de la póliza que aplica para la exclusión por suicidio se reinicia a partir de la aceptación de la presente Solicitud de Rehabilitación.

Todas las declaraciones y respuestas contenidas en esta Solicitud de Rehabilitación de Seguro son precisas y exactas, por lo que autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros, MIB, Inc. (www.mib.com) o agencia de información sobre el consumidor que posea datos o conocimiento de mi o de mi salud referentes al diagnóstico, tratamiento o pronóstico de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental, o que posea información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A. y sus reaseguradores toda la información que le sea solicitada.

Fecha / /
 Mes Día Año

Firma del Intermediario _____

Firma del Propuesto Asegurado _____ Firma del Pagador de la Póliza _____
(Si no es el Propuesto Asegurado)

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 106-2018 del 15 de enero del 2018, 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 Compañía y sus reaseguradores podrán 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 Compañía y sus reaseguradores, también podrán suministrar la información contenida en su expediente, de así solicitarse. La Compañía y sus reaseguradores, también podemos suministrar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguro de vida a las cuales usted solicite cobertura o radique una reclamación de beneficios. Usted puede solicitar que MIB, Inc. revele cualquier información que pueda tener en su expediente. Usted también puede solicitar que MIB, Inc. corrija cualquier información contenida en su expediente que usted considere incorrecta. Los pasos a seguir se estipulan en la ley "Fair Credit Report Act" (Decreto de Informe de Crédito Justo). La dirección de MIB, Inc. es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734. Teléfono (866) 692-6901. Página web (Website): www.mib.com

DEBE ENTREGARSE AL PROPUESTO ASEGURADO