

## Solicitud de Póliza de Vida Colectivo

<b>I. DATOS DE LA SOLICITUD</b>		
Solicitud No.:		
Moneda:	Territorio:	
Por medio de la presente solicito a <b>BMI SEGUROS GUATEMALA, S.A.</b> una póliza de Seguro Vida Colectivo, para lo cual acompaño los Consentimientos respectivos de los integrantes del Grupo Asegurable.		
<b>II. DATOS DEL CONTRATANTE</b>		
<b>TIPO DE PERSONA</b>		
INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/>		
Nombres y Apellidos o Razón Social:		
Actividad Principal u Oficio:	Vínculo con el Grupo Asegurable:	
DPI / Pasaporte:	NIT:	
Fecha de Nacimiento/Constitución	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:	
<b>III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>		
Nombre y Apellidos		
DPI / Pasaporte	NIT	
¿Es contratista del Estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Actividad Principal	

Es persona políticamente expuesta		Tiene parentesco con alguna persona políticamente expuesta		Es asociado cercano a una persona políticamente expuesta	
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"/>	
<b>IV. DATOS DEL RESPONSABLE DE PAGO Y/O FACTURACIÓN (SI ES DISTINTO AL CONTRATANTE)</b>					
Nombres y Apellidos o Razón Social:					
DPI / Pasaporte:			NIT:		
Actividad Principal de la 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"/>					
<b>V. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO ASEGURABLE</b>					
Vigencia a partir del (fecha) _____ (a las 0.00 horas) final de vigencia el (fecha) _____ (a las 24.00 horas)					
No. de Personas que conforman:		La Empresa: _____		Grupo a Asegurar: _____	

Límites de edad:

Edad Mínima de ingreso \_\_\_\_\_ Edad Máxima 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**

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

---



---

**VII. PAGO DE LA PRIMA**

Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

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 competas, 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.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal \_\_\_\_\_

Intermediario

Firma:

Código:

Nombre:

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.