

SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE

Número de Póliza	Nombre del Asegurado
------------------	----------------------

- ENVIAR CHEQUE A**
- CAMBIAR DIRECCION PARA RECIBIR NOTIFICACIONES A**

Dirección _____

Teléfono:
Residencial _____ Negocio _____ Celular _____

Dirección de correo electrónico: _____

FAVOR PROCESAR LO SIGUIENTE:

- 1. PRESTAMO SOBRE LA POLIZA**
 Hacer préstamo sobre la póliza Por la cantidad máxima Cantidad específica \$ _____
 Para pagar primas vencidas _____ para póliza número _____

ACUERDO DE PRESTAMO

Con referencia al préstamo entregado por BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A., todo derecho, e interés en la póliza es asignado a la Compañía como única garantía de la devolución del préstamo con intereses de acuerdo a las cláusulas de la póliza.

Certifico que no existe proceso de quiebra, embargo, impuesto u otro derecho de retención o reclamo pendiente en contra del asegurado o pagador de la póliza.

- 2. RESCATE PARCIAL**
 Cantidad máxima Cantidad específica \$ _____

- 3. RESCATE TOTAL (Póliza deberá devolverse)**
 Se solicita el valor efectivo de la póliza, y éste será aceptado como pago completo y relevo de todo reclamo cubierto bajo la póliza. La entrega será efectiva en cuanto se reciba en nuestras oficinas.
 Enviar cheque del valor efectivo después de hacer las deducciones por falta de pago, si las hubiere
 Asignar el valor efectivo como sigue: _____

Certifico que no existe proceso de quiebra, embargo, impuesto u otro derecho de retención o reclamo pendiente en contra del asegurado o pagador de la póliza.

- 4. METODO DE PAGO DE PRIMA**
 Cambiar método de pago de prima a: Anual Semi-anual Trimestral Mensual

- 5. VALORES GARANTIZADOS U OPCIONES SIN PERDIDA DE TITULO (Póliza deberá devolverse)**
 Transferir póliza a: Seguro saldado reducido (Beneficios y anexos, si los hubiese, serán cancelados)
 Seguro de término extendido

- 6. DUPLICADO DE POLIZA**
 Certifico que no he podido encontrar la póliza arriba descrita y además certifico que la póliza no ha sido transferida o empeñada. Solicito la emisión de un duplicado de esta póliza, o certificado de póliza si no hubiera disponible un duplicado para la póliza. Estoy de acuerdo en que (a) en cuanto se emita el duplicado de la póliza o certificado, la póliza original quedará nula y sin valor y, (b) si se encuentra la póliza original, será devuelta inmediatamente a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.. Estoy de acuerdo en mantener a la Compañía libre de reclamo o gasto bajo la póliza original.

7. CORREGIR EDAD (Póliza deberá devolverse)

Asegurado Cónyuge Corregir fecha de nacimiento _____
(Si el cambio es por una edad menor, presente prueba de nacimiento)

Deseo continuar con la prima actual, ajustar suma asegurada

Deseo continuar con la misma suma asegurada, ajustar la prima

8. CAMBIO DE NOMBRE DEL ASEGURADO (Favor adjunte evidencia legal)

De (Favor imprimir nombre anterior)

A (Favor imprimir nombre nuevo)

Razón del cambio: _____ (Ejemplo: matrimonio, divorcio o corrección)

9. CAMBIO DE PAGADOR DE POLIZA (Nuevo Pagador)

Nombre del nuevo Pagador

No. de Doc. Personal de Identidad

No. de Identificación Tributaria

10. CAMBIO DE BENEFICIARIO

	Nombre completo	Fecha de Nacimiento	No. de documento personal de identidad	Parentesco	%
Beneficiario (s) Primario (s)					
Beneficiario (s) Contingente (s)					

El beneficio será pagado en partes iguales a los beneficiarios primarios que sobrevivan al asegurado, en caso contrario, el beneficio será pagado en partes iguales a los beneficiarios contingentes que sobrevivan. Si desea la cláusula en caso de desastre, marque el No. 13. Este cambio cancela cualquier designación de beneficiario previa o convenio.

11. CLAUSULA EN CASO DE DESASTRE GENERAL

No efectuar pago de beneficios por fallecimiento hasta después de 30 días de la muerte del asegurado. Si alguno de los beneficiarios fallece antes del período de 30 días, efectúe el pago como si el beneficiario hubiese fallecido antes que el asegurado.

12. CANCELACIONES DE ANEXOS (Póliza deberá devolverse)

Cancelar lo siguiente:

Beneficio por muerte accidental

Seguro adicional sobre asegurado principal

Renta familiar

13. SOLICITUD ADICIONAL (Cualquier otro cambio no mencionado arriba)

Estamos de acuerdo en que mi firma que aparece abajo se refiere a cada solicitud señalada en ambos lados de este formulario.

Fecha

Firma del Asegurado

Firma del beneficiario irrevocable (si lo hubiese)

PARA USO DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA SOLAMENTE

Registrado por BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A. el día _____ de _____ de 20_____

Firma autorizada del representante de servicios al cliente