

Solicitud Digital Seguro de Vida Individual



PARTE A

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos/Nombres

Sexo

M

F

Fecha de nacimiento

Mes

Día

Año

Edad

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País

¿Es usted residente de los Estados Unidos? Si No

En caso de ser afirmativo, indicar número de seguro social

Ingreso anual en US \$

Correo electrónico

Peso (Kgs/lbs)

Estatura (Centímetros)

Documento Personal de Identificación/ No. de Pasaporte

No. de Identificación Tributaria (NIT).

Números de teléfono

Teléfono de casa

Teléfono celular

Estado civil

Soltero (a)

Otro

Casado (a)

¿Es usted fumador? Si No

2. EMPLEADOR

Nombre de la compañía

Ocupación

Giro ordinario de la compañía

Responsabilidades (Favor listarlas)

Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País

Número de teléfono

Años de empleo en la compañía

3. PLAN DE SEGURO

Nombre del plan

Seleccione término de contrato
(Solo para productos a término)

5 años

10 años

15 años

20 años

30 años

Propósito del Seguro:

Solicitud Digital Seguro de Vida Individual



Opción que selecciona para el Beneficio en caso de Fallecimiento en los Planes de Seguro de Vida Universal (No aplica para pólizas de seguro temporales o a término). Si usted no hace su selección, la Compañía asume la Opción "A", como la Opción seleccionada.

Opción "A" – Suma asegurada

Opción "B" – Suma asegurada más el valor acumulado

Prima programada US \$

Fuente de ingresos

Forma de pago:

Mensual Trimestral Semestral Anual

Salvar edad Si No

Seleccione el Método de pago:

Cheque

Tarjeta de crédito

Transferencia bancaria

Depósito

Monto:

USD \$

Nota: Con la primera prima se cobra un derecho de emisión de US \$75.00 para las pólizas de vida universal y US \$58.24 para las pólizas de vida término.

4. ANEXOS

Ninguno

Vida Universal: Renta Familiar Muerte Accidental Seguro Adicional Sobre la Vida del Asegurado Principal Seguro de Vida Pago Anticipado

Observaciones:

Vida a término: Devolución de Prima 20 años Devolución de Prima 30 años

Observaciones:

5. PAGADOR DE LA PÓLIZA (Persona responsable del pago del seguro)

Apellidos/Nombres/Dominación social

Dirección de cobro

Calle/Número/zona

Números de teléfono

Teléfono de residencial/Comercial

No. de Identificación Tributaria (NIT).

Teléfono celular

Fuente de Ingresos
(No aplica Persona Jurídica)

Salario Anual
(No aplica Persona Jurídica)

Solicitud Digital Seguro de Vida Individual



Parentesco/relación con el propuesto asegurado

Correo electrónico

Si el propuesto asegurado es menor a 12 años (Póliza de vida universal)
indicar suma total de seguro de vida del representante legal/padre o tutor

6. SEGURO(S) EN VIGOR SOBRE LA VIDA DEL PROPUESTO ASEGURADO

Sí (Favor detallar a continuación) Ninguno

Compañía	Fecha de emisión	Suma asegurada	Suma asegurada por muerte accidental
A		US\$	US\$
B		US\$	US\$
C		US\$	US\$

7. a. ¿Reemplazará la póliza solicitada algún Seguro de Vida, en esta u otra compañía aseguradora?

Sí No ¿Qué compañía? A B C

7. b. ¿Tiene alguna Solicitud de Seguro de Vida en trámite en otra compañía aseguradora?

Sí No En caso de ser afirmativo favor detallar a continuación

Fecha de solicitud Compañía Suma asegurada US \$

7. BENEFICIARIOS

A. Primario (s)	Parentesco o relación	Fecha de nacimiento	Número de: Documento Personal de Identificación/ Pasaporte/Certificado de Nacimiento	%	Beneficiario irrevocable
		MM DD AAAA			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		MM DD AAAA			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		MM DD AAAA			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B. Secundarios (s)	Parentesco o relación	Fecha de nacimiento	Número de: Documento Personal de Identificación/ Pasaporte/Certificado de Nacimiento	%	Beneficiario irrevocable
		MM DD AAAA			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		MM DD AAAA			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		MM DD AAAA			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de que alguno de los Beneficiarios Primarios fallezca antes que el Asegurado, su parte se distribuirá entre los demás Beneficiarios Primarios. Los Beneficiarios Secundarios solo recibirán el porcentaje asignado a su nombre si todos los Beneficiarios Primarios fallecen antes que el Asegurado. No obstante, esta disposición no aplica en el caso de un Beneficiario Irrevocable, cuya parte, en caso de fallecimiento, será transferida a sus herederos.

8. DETALLES DEL PROPUESTO ASEGURADO

Favor dar detalles de las respuestas afirmativas en la página 5 (Preguntas 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8)

A. Usted:

1. Ha participado o piensa participar en actividades de aviación en calidad de piloto o miembro de la tripulación, planeo, carreras, buceo paracaidismo con o sin caída libre o cualquier otro deporte peligroso. En caso afirmativo especifique cual y complete el cuestionario correspondiente Si No
2. Ha viajado o piensa viajar fuera de su país durante los próximos dos años. En caso afirmativo, favor detallar en la página 6 Si No
3. Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un crimen. En caso afirmativo, favor detallar en la página 6 Si No
4. Ha sido secuestrado, extorsionado o recibido alguna amenaza en contra de su vida o alguien en su familia. En caso afirmativo, favor detallar en la página 6 Si No
5. Ha estado involucrado en un accidente de carro, declarado culpable de manejar bajo la influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tráfico. En caso afirmativo, favor detallar en la página 6 Si No
6. Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad. En caso afirmativo, favor detallar en la página 6 Si No
7. Alguna vez le han rechazado, diferido, ofrecido con sobreprima o modificado en cualquier forma una solicitud o rehabilitación de seguro de vida o por incapacidad. En caso afirmativo, favor detallar en la página 6 Si No
8. Ha servido o piensa servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar durante los próximos dos años. En caso afirmativo, favor detallar en la página 6 Si No

B. Durante los últimos doce meses, ha fumado usted cigarrillos o ha usado otros productos derivados del tabaco. En caso afirmativo, favor indicar cuál producto y qué cantidad.

Cigarrillos Tabaco Parche o Chicle de Nicotina Pipa
 Mastica Tabaco Otro

C. Durante los últimos diez años, ha usado usted cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos u otras sustancias controladas. En caso afirmativo, favor completar el cuestionario de "Uso de Drogas" Si No

D. Consumo bebidas alcohólicas En caso afirmativo favor indicar la cantidad que toma y con qué frecuencia Si No

PARTE B

1. Nombre del médico de cabecera y/o último médico que visitó

Dirección

Fecha

Motivo

Tratamiento recibido

2. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses?

Proporcione detalle en la página 5, parte C

Si No En caso afirmativo: Aumento
Pérdida

3. Historial Clínico

Proporcione detalle en la página 5, parte C

Ha sido usted diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones:

- a. Enfermedad de los ojos, oídos, nariz, o garganta Si No
- b. Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso, y cualquier condición relacionada con trastornos del SNC (sistema nervioso central), incluyendo tumores benignos o malignos, hemorragias, trombos, émbolos, traumas, demencia, entre otros Si No
- c. Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos, neumotórax, bronquiectasias, atelectasias, pleuresía, trastornos del sueño o apnea del sueño Si No

- d. Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos (congénitas o adquiridas, de las válvulas cardíacas, pericarditis, trombos, várices, etc.)
- e. Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar (especificar: hepatitis A, B o C, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, esófago de Barrett, enfermedades del páncreas)
- f. Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos (ovarios, testículos, útero)
- g. Diabetes mellitus, trastornos de la tiroides u otro trastorno endocrino de cualquier índole, incluyendo gota, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, etc
- h. Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o trastornos de los músculos o huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, síndrome de Sjögren, dermatomiositis, artritis degenerativa, osteoartritis, entre otras)
- i. Deformidad, cojera, o amputación (congénita o adquirida) benigno o maligno
- j. Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer
- k. Alergias, anemia u otros desórdenes sanguíneos, congénitos o adquiridos, benignos o malignos
- l. Está tomando actualmente algún medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico

Además de lo mencionado usted en alguna etapa de la vida

- m. Ha sufrido alguna enfermedad mental o física (fecha y diagnóstico)
- n. Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación
- o. Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica
- p. Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica (última fecha)
- q. Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo
- r. Ha tenido resultados positivos por haber sido expuesto a la infección del VIH o ha sido diagnosticado con el Complejo relacionado con el SIDA o el SIDA por causa de infección del VIH u otra enfermedad o condición derivada de dicha infección
- s. Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental

4. Para mujeres solamente

- a. Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos
- b. Está usted embarazada. Cuántos meses tiene de embarazo [REDACTED]

PARTE C

Utilice este espacio para suministrar detalles de cualquier respuesta "afirmativa" de: PARTE A referente a detalles del propuesto asegurado, detalles de pregunta de sobrepeso e historial clínico, indicando número de pregunta e inciso si corresponde.

Nombre de la persona de la pregunta	Inciso	Condición y complicaciones	Fecha de comienzo	Nombre y dirección de médicos y hospitales
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MM AAAA	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MM AAAA	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MM AAAA	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MM AAAA	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MM AAAA	[REDACTED]

Solicitud Digital Seguro de Vida Individual



Todas las declaraciones y respuestas contenidas en esta Solicitud de Seguro, así como en cualquier cuestionario o declaración de asegurabilidad relacionados, son precisas y exactas. Por lo tanto, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica u otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, así como a compañías de seguros, MIB, Inc. (www.mib.com) y agencias de información sobre el consumidor, que posean datos o conocimiento sobre mi salud, incluyendo diagnóstico, tratamiento o pronóstico de enfermedades y/o tratamientos físicos o mentales, o que dispongan de información no médica sobre mi persona, a suministrar a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A. toda la información que les sea solicitada. Esta autorización tendrá una vigencia de dos años y medio a partir de la fecha indicada a continuación. Asimismo, una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original. Todas las declaraciones realizadas en esta Solicitud de Seguro, así como en cualquier cuestionario anexo o declaración de asegurabilidad, son precisas y exactas, y formarán parte de la Póliza. Ninguna persona está autorizada para modificar la solicitud. El Propuesto Asegurado tiene la obligación absoluta de proporcionar información veraz, sin importar cualquier declaración en contrario hecha por un intermediario. La Póliza entrará en vigor únicamente si se cumplen las siguientes condiciones: (a) El Asegurado recibe la póliza y no solicita rectificaciones dentro de los 15 días posteriores a su recepción. (b) No ha habido cambios en la asegurabilidad ni en la situación financiera del Propuesto Asegurado al momento de la entrega de la Póliza. (c) Todas las declaraciones realizadas en la fecha de la Solicitud de Seguro siguen siendo exactas al momento de la entrega de la Póliza. Cualquier modificación en la Suma Asegurada, edad, clasificación de riesgo, plan de seguro o beneficios deberá constar por escrito cuando así se requiera. El Asegurado tiene derecho a cambiar al Beneficiario y a ejercer otros derechos sin necesidad de su consentimiento, salvo que un Anexo indique lo contrario. Estos cambios estarán sujetos a restricciones legales y a los derechos de un Beneficiario designado como irrevocable. Certifico que el dinero utilizado para el pago de las primas de esta Póliza proviene de fuentes lícitas. He recibido la notificación referente a MIB, Inc. y comprendo que esta entidad podría elaborar un informe sobre el Propuesto Asegurado en relación con esta solicitud. Autorizo a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A. a obtener dicho informe. Cualquier persona que, con conocimiento e intención de defraudar, engañar o causar perjuicio a una aseguradora, presente una solicitud o reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, podrá incurrir en responsabilidad penal y ser juzgada conforme a la legislación vigente. Asimismo, acepto que queda a discreción de la aseguradora solicitar la realización de un examen médico antes de la suscripción de la póliza, aun cuando la solicitud haya sido presentada sin dicho requisito. Autorizo expresamente a la aseguradora a investigar y verificar la información relacionada con mi estado de salud y antecedentes médicos en cualquier momento que lo considere necesario, incluyendo después de mi fallecimiento.

Autorizo a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A. a consultar y obtener mi información financiera, crediticia, comercial y de servicios en centrales de riesgo y burós de crédito para evaluar mi perfil de riesgo. BMI usará estos datos únicamente para fines vinculados al análisis de riesgo y la relación contractual de seguros, no los comercializará ni divulgará a terceros ajenos, salvo obligación legal, e implementará medidas de seguridad para su protección. Esta autorización rige mientras exista relación contractual/comercial o por el tiempo necesario para cumplir obligaciones legales.

<p>Fecha</p> <hr/> <p>Mes / Día / Año</p>	<p>Firma del intermediario</p> <hr/>	<p>Código del intermediario</p> <hr/>
<p>Firma del propuesto asegurado</p> <hr/>	<p>Firma del pagador de la póliza (Si no es el propuesto asegurado)</p> <hr/>	

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1707-2025, del diez de noviembre del año dos mil veinticinco, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.