



PARTE A

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos/Nombres		Sexo Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		Fecha de nacimiento Mes Día Año / / /		Edad
Lugar de nacimiento	Estatura (Pies/Plgds. o Mts./Cms.)	Peso (Kgs./Lbs.)	Documento Personal de Identificación/ No. de Pasaporte		No. de Identificación Tributaria (NIT).	
Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País			Números de teléfonos Casa _____ Celular _____			
¿Es usted residente y/o ciudadano de los Estados Unidos de América? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> En caso afirmativo favor indicar número de seguro social _____ - _____ - _____			Estado civil Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Unido (de hecho o declarado) <input type="radio"/>			
Ingreso anual: US\$ _____	Dirección de correo electrónico		Dirección postal Domicilio <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> _____			

2. EMPLEADOR

Nombre de la compañía		Ocupación	
Giro ordinario de la compañía		Responsabilidades (Favor listarlas)	
Dirección - Calle/Número/Ciudad/País		_____	
_____		_____	
Número de teléfono		Años de empleo con la compañía	

3. PLAN DE SEGURO

Nombre del Plan	Suma Asegurada US\$ _____	¿Es ud. fumador? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
		Firma: _____
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. <input type="radio"/> Opción "A" - Suma Asegurada <input type="radio"/> Opción "B" - Suma Asegurada más el Valor Acumulado		Seleccione Término del Contrato (solo para el Plan Term 100): <input type="radio"/> 5 Años <input type="radio"/> 10 Años <input type="radio"/> 15 Años <input type="radio"/> 20 Años <input type="radio"/> 30 Años
		Forma de pago <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____
Prima Programada US \$ _____	Pago inicial con la Solicitud de Seguro: <input type="radio"/> Banco: _____ Cheque # _____ US\$ _____ <input type="radio"/> Tarjeta de Crédito US \$ _____ Emisor _____ Vence _____ <input type="radio"/> Transferencia bancaria \$ _____	
Fuente de Ingreso: _____ _____	Pago contra entrega de la Póliza SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Nota: Con la primera prima se cobra un Derecho de Emisión de US \$75.00 para las Pólizas de Vida Universal.	



4. ANEXOS

Ninguno Muerte Accidental – Suma Asegurada US \$ _____

Pólizas de Término: Devolución de Prima – 20 Años Devolución de Prima – 30 Años

Otros – Favor indicar Plan y Suma Asegurada _____

5. PAGADOR DE LA PÓLIZA (PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DEL SEGURO, SI NO ES EL PROPUESTO ASEGURADO)

Apellidos/Nombres/Denominación Social _____

Dirección de cobro _____

Calle/Número/Zona _____

Ciudad/País/Código Postal _____

Números de teléfonos Residencial/Comercial _____ Celular _____	No. de Identificación Tributaria (NIT). _____
Parentesco con el Propuesto Asegurado _____	Dirección de correo electrónico _____

Si el Propuesto Asegurado es menor a 12 años (Pólizas Vida Universal):
Suma total de seguro de vida del representante legal: _____
Firma Representante Legal: _____

6. SEGUNDO DESTINATARIO DE CORRESPONDENCIA

Apellidos/Nombres _____	Dirección - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal _____
Número de telefono _____	Dirección de correo electrónico _____

7. 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 ésta u otra compañía aseguradora ? Sí NO

¿Qué compañía aseguradora? _____

7.b ¿Tiene alguna Solicitud de Seguro de Vida en trámite en otra compañía aseguradora? Sí NO

En caso **afirmativo** favor detallar a continuación

Fecha _____ Compañía _____ Cantidad US \$ _____

8. DISPOSICIONES ESPECIALES

9. BENEFICIARIOS

A. Primario(s)	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Documento Personal de Identificación/ Pasaporte/Certificado de Nacimiento	%
B. *Secundario(s)	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Documento Personal de Identificación/ Pasaporte/Certificado de Nacimiento	%

* Si alguno de los Beneficiarios Primarios falleciere antes del Asegurado, su parte acrecerá la de los demás Beneficiarios Primarios. Aquellos Beneficiarios que sean designados como Beneficiarios Secundarios únicamente recibirán el porcentaje que se les asigne, si todos los Beneficiarios Primarios fallecieren antes del Asegurado. Se exceptúa de lo anterior el caso de Beneficiario Irrevocable, que en caso de muerte, los derechos se transmitirán a sus herederos.

10. DETALLES DEL PROPUESTO ASEGURADO: Favor dar detalles de las respuestas afirmativas A.(2. a 8.) en la página 7

	SÍ	NO
A.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 de Pasatiempos y Deportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Ha viajado o piensa viajar fuera de su país durante los próximos dos años?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un delito?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Ha sido usted o alguien de su familia, secuestrado, extorsionado o recibido alguna amenaza en contra de su vida?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Ha estado involucrado en un accidente automovilístico y ha sido declarado culpable de manejar bajo la influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tráfico?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Es miembro activo, ha servido o piensa servir en las Fuerzas Armadas, Militares de cualquier país o como Reserva Militar?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a. <input type="checkbox"/> Cigarrillos _____		
b. <input type="checkbox"/> Tabaco _____		
c. <input type="checkbox"/> Parche o Chicle de Nicotina _____		
d. <input type="checkbox"/> Pipa _____		
e. <input type="checkbox"/> Mastica Tabaco _____		
f. <input type="checkbox"/> 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿Consumo bebidas alcohólicas?..... En caso afirmativo favor indicar la cantidad que toma o que ha tomado y con qué frecuencia _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Todas las declaraciones contenidas en esta Solicitud de Seguro como en cualquier cuestionario anexo o declaración de asegurabilidad con relación a esta Solicitud de Seguro son precisas y exactas. Queda convenido que estas declaraciones y respuestas formarán parte de la Póliza. Ninguna persona puede modificar la solicitud de ninguna manera. El Propuesto Asegurado tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración en contrario hecha por el intermediario. La Póliza entrará en vigor si: (a) el Asegurado recibe la póliza y no solicita rectificación alguna, dentro de los 15 días de haberla recibido; (b) no ha habido ningún cambio en la asegurabilidad y el estado financiero del Propuesto Asegurado al momento de la entrega de la Póliza y (c) todas las declaraciones hechas en la fecha de la Solicitud del Seguro son todavía exactas en la fecha en que se entrega la Póliza. Cualquier cambio en la Suma Asegurada, edad, clasificación de riesgo, plan de seguro o beneficio, debe constar por escrito en donde así se exija. El Asegurado de la Póliza tiene el derecho de cambiar el beneficiario y de ejercer los demás derechos sin el consentimiento del Beneficiario, salvo que mediante un Anexo se estipule lo contrario, y sujeto a cualquier restricción estatutaria y a los derechos de cualquier Beneficiario designado con carácter irrevocable.

Certifico que el dinero utilizado para pagar las primas para esta Póliza proviene de fuentes lícitas.

He recibido la notificación referente a MIB, Inc. y he sido notificado que ésta podría preparar un informe sobre el Propuesto Asegurado con relación a esta solicitud. Autorizo a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S. A. y a sus reaseguradores para que obtengan dicho informe.

Cualquier persona que con conocimiento e intención de defraudar, engañar o causar daño a cualquier aseguradora, presenta una reclamación o una solicitud conteniendo información falsa, incompleta o engañosa podría incurrir en responsabilidad penal y podría ser juzgado por los delitos y contravenciones que establece la Ley.

Fecha _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Firma del Intermediario _____

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

PARTE B

1. Nombre del médico y/o médico personal que lo atendió últimamente		Dirección
Fecha	Motivo	Tratamiento recibido
2. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> En caso afirmativo: Aumento <input type="radio"/> Pérdida <input type="radio"/> Favor proveer detalles a continuación _____		

3. HISTORIAL CLÍNICO - Favor dar detalles de las respuestas afirmativas 3(a-p), 4, 5 y 6 en la página 7

¿Ha sido usted diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones?:	SI	NO
a. ¿Enfermedad de los ojos, oídos, nariz, o garganta?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresia, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y articulaciones?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. ¿Deformidad, cojera, o amputación?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. ¿Está usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años, usted como Propuesto Asegurado:		
m. ¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ñ. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿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?..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Para mujeres solamente.		
a. ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses tiene de embarazo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Todas las declaraciones y respuestas contenidas en esta Solicitud de Seguro y cualquier cuestionario o declaración de asegurabilidad con relación a esta Solicitud 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 pronosis 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. Esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se indica a continuación. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Fecha: Mes _____/Día _____/Año _____

Firma del Intermediario _____

Firma del Propuesto Asegurado _____

Firma del Pagador de la Póliza _____

(Si no es el Propuesto Asegurado)

PARTE C

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al Propuesto Asegurado? _____
2. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al Pagador de la Póliza? _____
3. ¿Cómo conoce al Propuesto Asegurado? Muy Bien No muy bien Recién conocido
4. ¿Quién inició los trámites para este seguro? El intermediario Propuesto Asegurado Pagador de la Póliza
5. ¿Cuál es el propósito de este seguro? _____
6. ¿Sabe algo sobre la salud, pasatiempos o estilo de vida que pueda afectar la asegurabilidad del Propuesto Asegurado?
Sí NO
En caso **afirmativo**, favor explicar a continuación _____
7. ¿Sabe si el Propuesto Asegurado o alguien en su familia ha sido secuestrado, extorsionado o amenazado? Sí NO
8. ¿Reemplazará el seguro solicitado cualquier otro seguro? Sí NO
9. Ingreso anual del Propuesto Asegurado US \$ _____
10. Fuente de ingreso _____
11. Cantidad de seguro en vigor sobre la vida del cónyuge y/o socio US \$ _____
12. Si el cónyuge no está asegurado, explique por qué _____
13. ¿Dio la notificación referente a MIB, Inc.? Sí No
14. ¿Vio personalmente al Propuesto Asegurado, le hizo cada una de las preguntas de esta Solicitud de Seguro y anotó las respuestas correctamente? Sí NO

Fecha ____/____/____
Mes Día Año

Firma del Intermediario _____

Nombre del Intermediario _____ Código del Intermediario _____ No. de su Autorización _____
(En letra de molde)

Nombre/Código de la Oficina, (si lo hubiese) _____

REQUISITOS SOMETIDOS CON ESTA SOLICITUD DE SEGURO

Prueba de Saliva

Perfil de Sangre Completo

Mini Perfil de Sangre

Examen Médico

EKG

Prueba de Esfuerzo

Radiografía de Tórax

Examen de Orina

Reporte Financiero

Fotocopia de DPI/Pasaporte

Otro(s)



**POR FAVOR UTILICE ESTE ESPACIO PARA SUMINISTRAR DETALLES DE CUALQUIER RESPUESTA “AFIRMATIVA” DE:
PARTE A REFERENTE A DETALLES DEL PROPUESTO ASEGURADO, PREGUNTA 10, LITERAL A. (2. a 8.);
PARTE B REFERENTE A HISTORIAL CLÍNICO, PREGUNTA 3, LITERALES a-p, Y PREGUNTAS 4, 5 Y 6.**

Las firmas aquí solicitadas son necesarias solamente si el Propuesto Asegurado está suministrando detalles en esta página.

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 1198-2016 del 8 de septiembre del 2016.

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 (781) 751-6000. Página web (Website): www.mib.com

DEBE ENTREGARSE AL PROPUESTO ASEGURADO