

## Solicitud de Póliza Seguro Viajero

### I. DATOS DE LA SOLICITUD

Solicitud No.:

Moneda:

Territorio:

Monto de la Prima:

Suma Asegurada (en caso de Fallecimiento)

Por medio de la presente solicito a **BMI SEGUROS GUATEMALA, S.A.** una póliza de Seguro Viajero, para lo cual acompaño el Consentimiento respectivo.

### II. DATOS DEL CONTRATANTE

Primer Nombre		Segundo Nombre		Otro Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido de Casada	
Tipo de Persona Individual <input type="checkbox"/>  Jurídica <input type="checkbox"/>		Tipo de Identificación  DPI <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/>  No.		No. Identificación Tributaria	
Nacionalidad:		Fecha de Nacimiento/Constitución:		Actividad Económica/Profesión	
Razón Social o Nombre Comercial:					
No. Teléfono Fijo		No. Teléfono Móvil		Correo Electrónico	
Dirección del Solicitante:	Zona	Departamento		Municipio	
<b>Otros Datos del Solicitante:</b>					
Es Persona Expuesta Políticamente?		Tiene parentesco con alguna Persona Expuesta Políticamente?		Es asociado cercano a una Persona Expuesta Políticamente?	
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"/>
Actúa en nombre Propio? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Es Contratista del Estado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>III. Datos del Representante Legal (Jurídico-Corporativos):</b>		
¿Es contratista del Estado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Actividad Principal
No. Registro	Folio	Libro
Es persona políticamente expuesta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene parentesco con alguna persona políticamente expuesta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es asociado cercano a una persona políticamente expuesta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Posee documento de identidad Green Card? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>IV. DATOS DEL RESPONSABLE DE PAGO Y/O FACTURACIÓN (SI ES DISTINTO AL CONTRATANTE, ASÍ COMO SEGURO CORPORATIVO)</b>		
Nombres y Apellidos o Razón Social:		
No. Registro, Folio y Libro (Inscripción en Registro Mercantil):		
Fecha de Constitución:		
País de origen de la sociedad:		
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>Seleccionar Forma de Pago de la Prima</b>		
CHEQUE <input type="checkbox"/>	TARJETA CREDITO O DEBITO <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>
<b>V. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (PARA MENORES DE EDAD, PLAN FAMILIAR Y CORPORATIVO APLICA LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES)</b>		

NOMBRES	APELLIDOS	FECHA DE NAC.	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN	%

#### VI. DATOS DEL VIAJE

FECHA DE SALIDA (DD,MM,AA)	FECHA DE REGRESO (DD,MM,AA)	ORIGEN DEL VIAJE	DESTINO DEL VIAJE
----------------------------	-----------------------------	------------------	-------------------

#### SELECCIONE UNA DURACIÓN DEL SEGURO

<b>DIARIO</b> <input type="checkbox"/> <b>FAMILIAR</b> <input type="checkbox"/>  <b>NO. DE DÍAS A VIAJAR</b> _____	<b>ANUAL</b> <b>30 DÍAS</b> <input type="checkbox"/> <b>45 DÍAS</b> <input type="checkbox"/> <b>60 DÍAS</b> <input type="checkbox"/> <b>90 DÍAS</b> <input type="checkbox"/>	<b>EJECUTIVO</b> <b>30 DÍAS</b> <input type="checkbox"/>	<b>LARGA ESTADÍA</b> A PARTIR DE 60 DÍAS MÁXIMO 180/365 DÍAS DEPENDIENDO LA EDAD  <b>NO. DE DÍAS A VIAJAR</b> _____	<b>PLAN ESTUDIANTEL</b> A PARTIR DE 4 MESES MÁXIMO 1 AÑO  <b>NO. DE MESES</b> _____	<b>CORPORATIVO</b> MÍNIMO 250 DÍAS  <b>NO. DÍAS A COMPRAR</b> _____
---	--	---	---	--	--

#### SELECCIONE UN TIPO DE COBERTURA

CLASICO USD	10,000	<input type="checkbox"/>	VIP USD	100,000	<input type="checkbox"/>
ULTRA USD/\$€	30,000	<input type="checkbox"/>	VIP PLUS USD	250,000	<input type="checkbox"/>
ULTRA PLUS USD	60,000	<input type="checkbox"/>			

#### PLAN ESTUDIANTEL

ULTRA USD	30,000	<input type="checkbox"/>
ULTRA 50 USD	50,000	<input type="checkbox"/>
VIP USD	100,000	<input type="checkbox"/>

#### VII. ASEGURADO (s) Y DEPENDIENTES

**PLAN FAMILIAR (MÁXIMO 2 ADULTOS MAYORES DE 21 Y 3 PERSONAS MENORES DE 21 AÑOS, MÍNIMO 3 PERSONAS EN ESTE PLAN)**

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NO. DE TELÉFONO	PASAPORTE	CORREO ELECTRÓNICO	OPCIONAL FUTURA MAMÁ (SOLO PLAN DIARIO)	OPCIONAL PRE-EXISTENCIA (SOLO PLAN DIARIO)


### VIII. CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre y Apellido  
 No. De Teléfono  
 Correo Electrónico

### IX. DECLARACIÓN

Queda entendido y convenido que: 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 completas, 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.

Quedo enterado de que el contrato de seguro se perfeccionará desde el momento en que se reciba la aceptación de la Compañía.

Firma del Solicitante/ Representante Legal \_\_\_\_\_

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

Intermediario

Código:

Nombre:

Firma:

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