



ANEXO DE BENEFICIARIOS^{*/}

(Obligatorio en el caso de Compañías de Seguros)

1. LUGAR: _____ 2. FECHA (dd/mm/aaaa): _____

3. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA	
3.1 Razón Social y Nombre Comercial:	
3.2 Nombre de la central, sucursal o agencia donde se solicita el producto o servicio:	3.2.1 Código de agencia o sucursal:

4. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE			
4.1 Primer apellido:	Segundo apellido:	Apellido de casada:	
Primer nombre:	Segundo nombre:	Otros nombres:	
4.2 Razón Social/Nombre Comercial:			
4.3 Dirección particular completa: (No. de calle o avenida, No. de casa, colonia, sector, lote, manzana, otros)			
Zona:	Departamento:	Municipio:	País:

5. DATOS DEL BENEFICIARIO DISTINTO AL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> O CONTRAFIADOR <input type="checkbox"/>			
5.1 PARENTESCO O RELACION CON EL SOLICITANTE			
5.1.1 Relación con el titular del producto o servicio:	Parentesco: <input type="checkbox"/>	Laboral: <input type="checkbox"/>	Comerciales: <input type="checkbox"/> Negocios: <input type="checkbox"/> Profesional: <input type="checkbox"/>
Otra (especifique): _____			
5.2 PERSONA INDIVIDUAL			
5.2.1 Primer apellido:	Segundo apellido:	Apellido de casada:	
Primer nombre:	Segundo nombre:	Otros nombres:	
5.2.2 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	5.2.3 Nacionalidad:	5.2.4 Otra nacionalidad:	5.2.5 Lugar de nacimiento:
5.2.6 Condición migratoria:	Residente Temporal <input type="checkbox"/>	Residente Permanente <input type="checkbox"/>	Persona en tránsito <input type="checkbox"/>
	Turista o visitante <input type="checkbox"/>	Permiso de trabajo <input type="checkbox"/>	Permiso consular o similar <input type="checkbox"/>
5.2.7 Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	5.2.8 Estado Civil:	5.2.9 Profesión u oficio:	
5.2.10 Tipo de identificación:	5.2.10.1 Número:	5.2.10.2 Lugar de emisión:	
		Departamento:	Municipio: País:
5.2.11 Número de identificación tributaria (NIT):	5.2.12 Teléfono (línea fija):	5.2.13 Celular / Móvil:	5.2.14 Correo electrónico / e-mail:
5.2.15 Dirección particular completa: (No. de calle o avenida, No. de casa, colonia, sector, lote, manzana, otros)			
Zona:	Departamento:	Municipio:	País:
5.2.16 Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) ^{***} :			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala u otro país, un cargo prominente en un organismo internacional, dirigentes de partidos políticos nacionales o de otro país.			
5.2.17 Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP) ^{***} :			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.2.18 Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP) ^{***} :			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.3 PERSONA JURIDICA			
5.3.1 Razón social de la entidad:			
5.3.2 Datos de la escritura pública de constitución de sociedad o entidad:			
Número:	Fecha:	Notario que la autorizó:	
5.3.3 Patente de sociedad:			
No.:	Folio:	Libro:	No. de Exp.:
5.3.4 Patente de empresa:			
No.:	Folio:	Libro:	No. de Exp.:
5.3.5 Dirección completa: (No. de calle o avenida, No. de casa, colonia, sector, lote, manzana, otros)			
Zona:	Departamento:	Municipio:	País:
5.3.6 Número de Identificación Tributaria (NIT):	5.3.7 Teléfonos:	5.3.8 Correo electrónico / e-mail:	

^{*/} Es obligatorio al momento en que el o los beneficiario(s) de un seguro de vida individual o de caución presente(n) un reclamo por un monto a indemnizar mayor a US\$ 50,000.00 o su equivalente en moneda nacional.

^{**/} En caso de existir más de una persona, consignar los datos para cada una de ellas, utilizando el presente Anexo.

^{***/} Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo "A.III" previo al pago de la póliza o suma asegurada.

6. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR
6.1 Fotocopia de los documentos de identificación de los firmantes de la cuenta, producto o servicio. En caso de ser extranjeros, documento que acredite su condición migratoria, cuando sea aplicable (pasaporte, tarjeta de visitante, pase especial de viaje, etc.).

Firma del solicitante

Firma y código del empleado o intermediario de seguro que asistió en consignar la información

Firma y código del empleado responsable de la verificación de la información

Firma y código de quien autoriza la operación