BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO DE VIDA COLECTIVO - CONTRATO TIPO

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud."

Lugar: _____ **Fecha:** Mes_____ /Día _____ / Año_____

Nº Póliza Colectiva:	**Nº de Certificado:**

TOMADOR:	**Plan Seleccionado:**	☐ **Seguro de Vida Colectivo en Colones – Contrato Tipo** ☐ **Seguro de Vida Colectivo en Dólares – Contrato Tipo**

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellido/Nombre				
Cédula de Identidad	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento Día /Mes /Año	Edad	Peso ____ Estatura ____
Lugar de Nacimiento	Nacionalidad			
Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal				
Dirección Correspondencia ☐ Domicilio ☐Otro:				
Dirección de Correo Electrónico	Números de Teléfono Casa _____ Celular _____			

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

La Compañía se compromete a pagar los beneficios contratados, conforme los términos y condiciones indicados en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Declaración de Condiciones Pre-existentes: (Titular, Cónyuge e Hijos)

Indique si alguno de los aplicantes a este seguro ha sido diagnosticado y/o sufrido algún accidente, lesión, enfermedad, o trastorno de la salud, que hayan requerido de Hospitalización, Tratamiento Médico, Cirugía y/o Medicamentos, o si ha tenido algún síntoma de importancia, con anterioridad a la presente fecha:

Nombre completo de la persona	**Descripción** (Diagnóstico, tratamiento y medicamentos)	**Médico u hospital de atención**	**Fecha de atención** (Mes/Año)	**Duración**

¿Cuáles medicamentos toma actualmente?

_____

¿Ha sido diagnosticado con Covid-19?	Fecha del Diagnóstico	¿Estuvo hospitalizado?	¿Estuvo en UCI?	¿Usted ha recibido el esquema completo de vacunación contra el Covid-19?
SI ☐ NO ☐	_____	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

¿Usted se encuentra actualmente tramitando Pensión o Indemnización por Invalidez Total y Permanente? SI ☐ NO ☐

¿Usted ha tramitado en el pasado alguna solicitud de Pensión o Indemnización por Invalidez Total y Permanente? SI ☐ NO ☐

BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

Apellidos	**Nombres**	**Nº Identificación**	**Parentesco**	**Fecha de Nacimiento**	**%**

Beneficiarios contingentes:

(Persona(s) designada(s) para recibir el beneficio por fallecimiento en caso de que el beneficiario fallezca antes o junto con el asegurado)

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO DE VIDA COLECTIVO - CONTRATO TIPO

BENEFICIARIOS PARA EL ADITAMENTO SEGURO DE VIDA CONYUGE Y/O ADITAMENTO SEGURO DE VIDA PADRES

Apellidos	Nombres	Nº Identificación	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

FIRMA DE CÓNYUGE Y/O PADRES: Mediante la firma de cada Asegurado Propuesto mayor de edad incluido en esta póliza, los mismos aceptan su inclusión y la designación de beneficiarios.

Nombres	Nº Identificación	FIRMA

"Advertencia:
En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.
La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada."

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO	Desde:	Hasta:

ELECCIÓN DE COBERTURAS

Las coberturas son seleccionadas por el Tomador de la Póliza Colectiva y se indicarán en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de la Póliza.

POR FAVOR COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN EN CASO DE CONTRATAR LOS SIGUIENTES ADITAMENTOS:

Aditamento Seguro de Vida Cónyuge

Apellido/Nombre			Cédula de Identidad		
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento Día /Mes /Año	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Peso ____ Estatura ____

Aditamento Seguro de Vida Hijos

(1) Apellido/Nombre			Cédula de Identidad		
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento Día /Mes /Año	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Peso ____ Estatura ____
(2) Apellido/Nombre			Cédula de Identidad		
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento Día /Mes /Año	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Peso ____ Estatura ____
(3) Apellido/Nombre			Cédula de Identidad		
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento Día /Mes /Año	Edad	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Peso ____ Estatura ____

OTROS TEMAS

Autorizo a cualquier médico, hospital o clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros o de reaseguros, MIB, Inc. o agencia de información sobre el consumidor, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o prognosis de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental, o que posea información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a Best Meridian Insurance Company, o a su representante legal, toda la información que le sea solicitada. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.

Me reservo el derecho de cambiar el beneficiario arriba indicado sujeto a cualquier restricción establecida por la ley.

PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD

"La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses."

La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro.

INDICACIÓN DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN PREVIO AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

( ) Marcando esta casilla usted MANIFIESTA haber recibido información sobre la Compañía Aseguradora y sobre este producto de previo al perfeccionamiento del contrato, además que se le informó que ingresando a la página web (www.segurosbmicr.com) usted podrá obtener información completa de la Aseguradora y de todos los productos que ofrece la misma.

Fecha ____/____/____ (Día Mes Año) _____ Firma del Testigo/Agente _____ Firma del Asegurado Propuesto

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-26-A10-500 de fecha 4 de febrero de 2014 y P14-26-A10-585 de fecha 24/11/2014.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20