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

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	Números de Teléfono Casa _____ Fax:_____ Celular _____			
Dirección Correspondencia ☐ Domicilio ☐Otro_____	Estado Civil ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)			
Dirección de Correo Electrónico				

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)

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

"<u>Advertencia</u>:

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."

Me reservo el derecho de cambiar el beneficiario arriba indicado sujeto a cualquier restricción establecida por la ley. Autorizo a mi patrono a que deduzca de mi pago cualquier contribución que me corresponda, si el plan de seguro colectivo así lo estipula.

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.

Entiendo que, cualquier persona que con conocimiento e intención de causar daño, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una reclamación o una solicitud conteniendo información falsa o incompleta será culpable de un delito penal.

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

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

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

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

PARA SER COMPLETADO POR EL TOMADOR

Fecha de incorporación _____/_____/_____ Día Mes Año	Este Asegurado Propuesto ha sido miembro del Grupo Asegurable desde la fecha indicada. _____ _____ Firma autorizada por el Tomador Fecha (Día / Mes /Año)

DECLARACIÓN DE BUENA SALUD

Por favor completar la siguiente información para el Asegurado Propuesto y en caso de contratar los Aditamentos "Aditamento Seguro de Vida Cónyuge" y/o "Aditamento Seguro de Vida Hijos".

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

Ha sido diagnosticado usted de alguna de las siguientes enfermedades; están recibiendo actualmente tratamiento o han recibido alguna vez tratamiento para dicha condición?	**Asegurado Propuesto**	**Cónyuge y/o Hijo**
1.- Cualquier desorden neurológico, respiratorio, gastrointestinal, endocrinólogos o genito-urinario; diabetes, hipertensión; trastornos de las arterias coronarias; problemas cardíacos o del sistema cardíaco de conducción; trastorno del sistema circulatorio, del sistema cardiovascular o los vasos sanguíneos, desorden de la sangre; problemas con la columna vertebral y/o los discos intervertebrales.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
2.- ¿Cualquier tipo de quiste, tumores o cáncer?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
3.- ¿Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o complete relacionado con el SIDA?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
4.- ¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo; o han sido de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
5.- ¿Le han rechazado o aceptado en condiciones especiales alguna solicitud para póliza de salud, vida o accidente?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
6.- ¿Está embarazada actualmente?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

7.- ¿Ha sido diagnosticado de cualquier otra enfermedad o accidente?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

En caso de haber respuestas afirmativas, favor ampliar la información de acuerdo a lo solicitado en el siguiente cuadro.

DETALLE DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS

Nombre de la Persona	Fecha de Inicio	Diagnóstico y Tratamiento	Lugar del tratamiento Médico que aplicó tratamiento

Fecha: _____ **Firma del Asegurado Propuesto:** _____
(Día / Mes /Año)

FIRMA DEL ASEGURADO PROPUESTO: Declaro bajo la fe de juramento, entendido de las penas con que la Legislación Costarricense castiga el delito de falso testimonio, que la información aquí consignada es real y verdadera, que no tengo conocimiento derivado de consultas o diagnósticos médicos previos a esta fecha, adicionales a los declarados en el formulario de Declaración de Buena Salud completado anteriormente, en caso de haberlos.

Fecha ____/____/____ _____
Día Mes Año Firma del Asegurado Propuesto

FIRMA DE CÓNYUGE Y/O HIJOS: Mediante la firma de cada Asegurado Propuesto mayor de edad incluido en esta póliza, los mismos certifican que las respuestas dadas en esta solicitud son completas y verdaderas. En caso de Hijos Dependientes menores de edad, bajo patria potestad o tutela su representante estará firmando en su lugar.

Nombres	Nº Identificación	FIRMA

( ) 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.

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La Compañía resolverá la presente solicitud en un plazo no mayor de 30 días naturales, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros".

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