BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO PARA EL TOMADOR
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Moneda: ☐ Colones ☐ Dólares

"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 en que se Completa: _____ **Fecha: Día**_____ **/Mes** _____ **/ Año**_____

1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nº Póliza Colectivo:	

Nombre o Razón Social:	
Número de Cédula Jurídica:	Naturaleza del Negocio:
Dirección Exacta Provincia _____ Cantón _____Distrito _____Código Postal_____ Calle/Avenida/Otras Señas _____	
Números de Teléfono Oficina_____ Fax: _____	Representante Legal Encargado
¿Se incluye afiliadas/subsidiarias? ☐ Si ☐ No (Si la respuesta es afirmativa, de nombres y direcciones) _____ _____ _____	
Dirección de Correo Electrónico	Sitio Web

2. DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

2.1. DATOS DEL GRUPO A ASEGURAR

¿Existe una póliza de seguro colectivo en vigor? ☐ Si ☐ No (Si la respuesta es afirmativa, de nombre de la compañía) _____ _____	Número total de Asegurados Propuestos activos _____ Número total de Asegurados Propuestos elegibles _____
¿Remplazará esta póliza esa cobertura? ☐ Si ☐ No Fecha de Inicio:____/____/____ Nombre de la Empresa:	
Disposiciones Especiales: _____	

3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO:

Favor referirse a cada Solicitud del Propuesto Asegurado o Certificado de Seguro de cada Asegurado para más detalles al respecto.

4. PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO	Del _____/_____/_____	Hasta _____/_____/_____

5. ELECCIÓN DE COBERTURAS

5.1. COBERTURAS BÁSICA:

Muerte Accidental

5.2. ADITAMENTOS OPCIONALES

Coberturas Adicionales:

☐ Incapacidad Total y Permanente por Accidente
☐ Desmembramiento por Accidente
☐ Reembolso de Gastos Médicos por Accidente – Deducible: _____
☐ Gastos Funerarios y Repatriación de Restos Mortales
☐ Renta Diaria por Hospitalización por Accidente – Deducible: _____
☐ Renta Diaria por Convalecencia por Accidente – Deducible: _____
☐ Enfermedad Grave
☐ Indemnización Adicional por Muerte accidental en calidad de ocupante de un vehículo privado, de transporte público, transporte aéreo, o incendio en edificio público

Cobertura de Servicios Opcional:

Servicio de Asistencias	☐ **SI** ☐ **NO**	Tarjeta MAS Colectivo	☐ **SI** ☐ **NO**	Plan Amplio Integral	☐ **SI** ☐ **NO**
Plan Emergencia Completa	☐ **SI** ☐ **NO**	Tarjeta MAS Colectivo Plus	☐ **SI** ☐ **NO**		
Plan Odontotalgia con RX	☐ **SI** ☐ **NO**	Plan Emergencia sin Endodoncia	☐ **SI** ☐ **NO**		

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
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web:www.segurosbmicr.com

5.3. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

☐ No Contributiva ☐ Contributiva % de Contribución:_____

6. OTROS TEMAS:

El Tomador suscrito reconoce haber leído la solicitud en su totalidad y que el intermediario de seguro le ha explicado las coberturas, limitaciones y exclusiones, otros detalles pertinentes a la cobertura solicitada y las reglas y regulaciones de selección de riesgos que aplica el asegurador.
El seguro no entra en vigor hasta que el Tomador suscrito reciba la aprobación por escrito del Asegurador.
Ninguna acción se llevará a cabo en la solicitud de seguro colectivo del Tomador hasta que toda la información requerida en la solicitud y la información requerida de parte de los asegurados propuestos inscritos sea presentada a Best Meridian Insurance Company. Solamente un funcionario autorizado por Best Meridian Insurance Company puede cambiar o exonerar cualquiera de los términos de este contrato. Tales cambios o exoneraciones no serán válidos a no ser que consten por escrito.
Certifico que el dinero utilizado para pagar las primas de esta póliza proviene de fuentes lícitas.
Por la presente certifico, en nombre de la empresa, que todos los detalles necesarios para la emisión de la póliza colectiva han sido indicados, y a nombre de la empresa, solicito que se emita la póliza para todos los integrantes del grupo asegurable, a partir de la fecha indicada anteriormente.
Declaro, que la información aquí indicada es verdadera y completa.
Entiendo que un informe sobre el consumidor puede ser preparado en relación con esta solicitud y doy autorización a Best Meridian Insurance Company o a su(s) reasegurador(es) para que obtengan dicho informe.
Fechada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma _____

Escriba nombre y título _____

Intermediario_____ Número de código _____

7. 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.

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

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

Fecha ____/____/____ _____ _____
Día Mes Año Firma del Testigo/Intermediario Firma del Tomador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, 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 **P19-57-A10-850** de fecha **31 de enero de 2020.**

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