BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DEL TOMADOR – SEGURO DE VIDA COLECTIVO – CONTRATO TIPO

Fecha Solicitud:	
Nº Póliza Colectivo:	

1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social	**Plan Seleccionado:** ☐ **Seguro de Vida Colectivo en Colones** ☐ **Seguro de Vida Colectivo en Dólares**
Tipo de Identificación ☐ Persona Física: ☐ Cédula de Residencia ☐Pasaporte ☐ Jurídica	Número de Identificación Naturaleza del Negocio
Dirección Exacta Provincia _____ Cantón _____Distrito _____ Código Postal_____ Calle/Avenida/Otras Señas _____	
Números de Teléfono Oficina_____ Fax: _____	Representante Encargado
¿Se incluye afiliadas/subsidiarias? ☐ Si ☐No (Si la respuesta es afirmativa, de nombres y direcciones) _____	
Dirección de Correo Electrónico	Sitio Web

2. PLAN DE SEGURO

Suma Asegurada ☐ Monto Único _____ ☐ Salarios _____ ☐ Monto Escalonado: Nivel I _____ Nivel II _____ Nivel III _____ Nivel IV_____	
Modalidad de Contratación ☐ Contributiva % de Contribución_____ ☐ No Contributiva	Vigencia solicitada de la Póliza Del _____/_____/_____ Hasta _____/_____/_____
Forma de Pago ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual	Moneda ☐ Colones ☐ Dólares de los Estados Unidos de Norte América

3. ADITAMENTOS OPCIONALES

☐ Incapacidad Total y Permanente
☐ Gastos Funerarios
☐ Muerte y/o Desmembramiento Accidental
☐ Servicio Odontológico – Plan:
_____
☐ Desempleo: _____
☐ Aditamento Seguro de Vida Cónyuge
☐ Aditamento Seguro de Vida Hijos
☐ Aditamento Seguro de Vida Padres
☐ Gastos Médicos y Dentales por Accidente
☐ Tarjeta MAS Colectivo ☐ Tarjeta MAS Colectivo Plus
☐ Asistencia Hogar ☐ Asistencia Salud
☐ Otro:_____

☐ Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Incapacidad Total y Permanente _____%
☐ Adelanto de la Suma Asegurada Básica para Gastos Funerarios _____%
☐ Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad y/o Accidente:
☐ $50 ☐ $100 ☐ $_____ ☐ ₡25.000 ☐ ₡50.000 ☐ ₡_____
☐ Incapacidad Temporal – Trabajador Independiente
☐ Enfermedades Críticas:
- ☐ Cáncer primario
- ☐ Accidente vascular encefálico
- ☐ Insuficiencia renal crónica bilateral
- ☐ Trasplante de órganos mayores
- ☐ Distrofia muscular
- ☐ Quemaduras graves
- ☐ Enfermedad de las coronarias que requiere cirugía
- ☐ Infarto del miocardio
- ☐ Enfermedad de Alzheimer
- ☐ Insuficiencia hepática crónica
- ☐ Esclerosis múltiple
- ☐ Parálisis

4. OPCIONES SUJETAS A NEGOCIACIÓN (CONTRATO TIPO)

Marque si solicita variación en alguna de las siguientes cláusulas, brindando detalles acerca de los cambios solicitados:

1. ☐ **Cobertura básica:** se podrá negociar en su alcance, ámbito, beneficios o límites.
2. ☐ **Coberturas adicionales:** cada cobertura adicional se podrá negociar en su alcance, sus beneficios, su ámbito de cobertura, sus límites y exclusiones.
3. ☐ **Cobertura de Servicio:** se podrá negociar las coberturas y servicio con el Tomador, así como su alcance, ámbito de cobertura, beneficios, sus límites y exclusiones.
4. ☐ **Definiciones:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar.
5. ☐ **Registro de Asegurados y Beneficiarios:** se podrá modificar.
6. ☐ **Elegibilidad y Asegurabilidad de Asegurados:** se podrá modificar.
7. ☐ **Exclusiones:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar.
8. ☐ **Exclusión por sida o VIH:** se podrá modificar.

9. ☐ **Documentos necesarios en caso de Reclamo:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar.
10. ☐ **Comisión de Cobro:** se podrá agregar, ampliar o modificar.

Brindar detalles acerca de los cambios solicitados:

_____
_____
_____
_____
_____

5. 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: _____ _____	

El Tomador suscrito reconoce haber leído la solicitud en su totalidad y que el agente 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.

( ) 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.

Fechada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma _____ Testigo _____

Escriba nombre y título _____

Agente _____ Número de código _____

"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(los) registro(s) 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