



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 ____

Nº Póliza Colectiva: _____ Nº de Certificado: _____

TOMADOR: _____ IDENTIFICACIÓN: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellido/Nombre: _____		Nacionalidad: _____		
		Lugar de Nacimiento: _____		
Tipo y Número de Documento de Identidad: _____	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento Día ____ /Mes ____ /Año ____	Peso ____ Estatura ____	Edad ____
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) ☐ Unión de Hecho	
Dirección de Correo Electrónico _____			Ingreso Anual: _____	

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

Póliza "Protección Saldo Deudor", cuya cobertura básica es un seguro de Saldo Deudor que pagará al Tomador, en su calidad de Beneficiario, el valor del Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado en caso de fallecimiento de éste por cualquier causa, y ofrece coberturas opcionales que pueden ser adquiridas mediante el pago de una prima adicional.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Modalidad: Monto Original ☐ Saldo Deudor ☐ Monto del Préstamo: _____

Declaración de Condiciones Pre-existent: Indique si 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:

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 ☐

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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)

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO: _____ Desde: _____ Hasta: _____

ELECCIÓN DE COBERTURAS



Coberturas Adicionales:

Desempleo ☐ Incapacidad Total y Permanente ☐

Cobertura de Servicios Opcional:

Cobertura de Gastos Funerarios **SI** ☐ **NO** ☐

Tarjeta MAS Colectivo **SI** ☐ **NO** ☐

Tarjeta MAS Colectivo Plus **SI** ☐ **NO** ☐

Plan Odontalgia con Rx Plan Servicio Odontológico **SI** ☐ **NO** ☐

Plan de Emergencia sin Endodoncia **SI** ☐ **NO** ☐

Plan de Emergencia Completa **SI** ☐ **NO** ☐

Plan Servicio Odontológico **SI** ☐ **NO** ☐

PARA SER COMPLETADO POR EL TOMADOR

Fecha de incorporación

Este Asegurado Propuesto ha sido miembro del Grupo Asegurable desde la fecha indicada.

____/____/____
Día Mes Año

Firma autorizada por el Tomador

Fecha (Día / Mes /Año)

OTROS TEMAS

En caso de conflicto o disputa relacionada con la póliza, aplicarán las leyes de la República de Costa Rica. Las partes se someten a la venia exclusiva y jurisdicción de la República de Costa Rica, para la resolución de dicho conflicto o disputa. Ningún intermediario de seguro podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la solicitud de seguro, de esta póliza o de ningún otro documento emitido al respecto. El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el intermediario de seguro. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de información en la solicitud de seguro resultará en la denegación de cobertura de la póliza o su anulación. Solamente un oficial autorizado de la aseguradora tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

AUTORIZACIÓN

Best Meridian Insurance Company tendrá derecho a obtener toda la información médica que considere necesaria, como exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan a las personas objeto del seguro solicitado. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, MIB, Inc. o institución que posea esta información para que la suministre. Cualquier acción de parte del asegurado propuesto o sus médicos que busque obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de la aseguradora. Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos. Una copia de esta autorización se considera tan válida como la original. Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte del contrato de seguro emitido como consecuencia de esta solicitud.

() Marcando en esta casilla EL TITULAR AUTORIZA a BMI para que suministre su información a terceros incluyendo a MIB, Inc. Usted podrá en todo momento revocar el consentimiento a BMI para que suministre su información a terceros.

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

Fecha ____/____/____

Día Mes Año

Firma del Asegurado Propuesto

Su participación en el seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el tomador y el asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. Usted tiene derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario.

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 este producto al perfeccionamiento del contrato, además que se le informó que ingresando a la página web (www.segurosbmcr.com) usted podrá obtener información completa de todos los productos que ofrece la aseguradora.

“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”.

Fecha ____/____/____

Día Mes Año

Firma del Testigo/Intermediario

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 **P14-40-A10-733** de fecha **31/08/2017**.

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