



“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: _____ Asegurado Nuevo: ☐ Adición de Dependiente: ☐

TOMADOR: _____ IDENTIFICACIÓN: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO (TITULAR)

Apellido/Nombre				
Cédula de Identidad	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento Día ____ / Mes ____ / Año ____	Peso ____ kg Estatura ____ cm	Edad
Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Números de Teléfono Casa ____ Celular ____		
Domicilio – Provincia ____ Cantón ____ Distrito ____ Dirección Exacta				Estado Civil
Dirección de Correo Electrónico				
Número Cuenta IBAN para pagar Reclamos ____ Moneda ____ Banco ____				
Nombre del Titular de la Cuenta:				

Dependientes para el Seguro de Salud									
Nombres	Nº Identificación	Peso	Talla	Parentesco		Fecha de Nacimiento			
				CY	HJ	Día	Mes	Año	

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR
La Compañía se compromete a pagar en el Área de Cobertura, los gastos médicos incurridos por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, conforme los términos y condiciones indicados en las Condiciones Generales y a lo especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO
Declaración de Condiciones Pre-existentes: (Titular, Cónyuge e Hijos)
Indique si ha sido diagnosticado y/o sufrido algún accidente, lesión, enfermedad, o trastorno de la salud, que hayan requerido de Tratamiento Médico, Hospitalización, Cirugía y/o Medicamentos, o si ha tenido algún síntoma de importancia, con anterioridad a la presente fecha, detalle a continuación:

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

* **FIRMA DE DEPENDIENTES:** Mediante la firma de cada Dependiente mayor de edad incluido en esta póliza, los mismos certifican que las respuestas dadas en esta solicitud son precisas y exactas. En caso de Dependientes menores de edad, bajo patria potestad o tutela su representante estará firmando en su lugar.

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO: Desde: _____ Hasta: _____



ELECCIÓN DE COBERTURAS

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

OTROS TEMAS

AUTORIZACIÓN

Autorizo al Tomador de la Póliza a que deduzca de mi salario cualquier contribución que me corresponda, si el plan de seguro colectivo así lo estipula.

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

DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL TOMADOR

Fecha de ingreso a la compañía ____/____/____ Día Mes Año	Plan Seleccionado: _____ Compañía: _____
Fecha de ingreso a la póliza ____/____/____ Día Mes Año	Filial: _____ Ocupación: _____ Categoría: _____
	_____ Firma autorizada por el Tomador
	_____ Fecha (Día / Mes / Año)

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 en esta casilla usted MANIFIESTA que es de su conocimiento que la forma de acceder a la Red de Proveedores de BMI es a través de la página web de la aseguradora (www.segurosbmcr.com). En virtud de lo anterior, usted AUTORIZA a BMI a informarle de la conformación de la red de proveedores a través de dicha página web.

() 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.segurosbmcr.com) usted podrá obtener información completa de la Aseguradora y de todos los productos que ofrece la misma.

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 agente 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 agente. 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.

“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/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 **P20-64-A10-660** de fecha **6 de enero de 2016**.

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 Ruta 27
San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20