



**“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**

|                                                                                                     |                                                                              |                                                           |                                  |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|------|
| Apellido/Nombre                                                                                     |                                                                              |                                                           |                                  |      |
| Cédula de Identidad                                                                                 | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de Nacimiento Día ____ / Mes ____ / Año ____        | Peso ____ kg<br>Estatura ____ cm | Edad |
| Lugar de Nacimiento                                                                                 |                                                                              | Nacionalidad                                              |                                  |      |
| Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal                                                  |                                                                              | Números de Teléfono Casa _____<br>Fax _____ Celular _____ |                                  |      |
| Dirección Correspondencia<br><input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro _____ |                                                                              |                                                           | Estado Civil                     |      |
| Dirección de Correo Electrónico                                                                     |                                                                              |                                                           |                                  |      |
| Número Cuenta IBAN para pagar Reclamos _____ Moneda _____ Banco _____                               |                                                                              |                                                           |                                  |      |
| Nombre del Titular de la Cuenta:                                                                    |                                                                              |                                                           |                                  |      |

**DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR**

La Compañía se compromete a pagar en el Área de Cobertura, los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados en los que se hayan incurrido como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad o dolencia de que se trate, conforme los términos y condiciones indicados en las Condiciones Generales de esta Póliza y a lo especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los beneficios cubiertos serán pagados aplicando en primer lugar el Deducible y posteriormente una vez este se consuma se aplicará el Coaseguro. El detalle del Deducible y Coaseguro que se aplica a la presente Póliza están especificados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO**

**EL ASEGURADO Y LOS DEPENDIENTES CERTIFICAN EN CONJUNTO QUE LAS RESPUESTAS A CONTINUACIÓN SON PRECISAS Y EXACTAS.**

| Información respecto a los solicitantes                                                                                                                                                            | Asegurado Principal                                     | Dependiente(s)                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. ¿Han usado cocaína, heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga recreativa?                                                                                            | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿Han sido arrestados o han recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Alguna vez han tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 4. ¿Alguna vez han consultado, han estado o están actualmente bajo observación o tratamiento o han sido examinados por algún psiquiatra, psicólogo o cualquier otro médico?                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 5. De las personas propuestas para seguro, ¿existe alguna residiendo en otro lugar?<br>Indique nombre, motivo y dirección: _____                                                                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 6. ¿Fuman cigarrillos u otros productos derivados del tabaco? En caso afirmativo, ¿qué cantidad al día? _____ Si Ud. fumaba cigarrillos pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que los dejó? _____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 7. ¿Toman bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique la cantidad y frecuencia _____                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 8. ¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 9. ¿Se encuentra actualmente bajo la observación de un médico legalmente autorizado, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?                                          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 10. Además de lo arriba mencionado, ¿han sido pacientes en un hospital, clínica, sanatorio o institución médica?                                                                                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 11. ¿Ha sufrido algún accidente, fractura o heridas graves?                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 12. Mujeres: ¿Se encuentra embarazada en estos momentos? De ser la respuesta afirmativa indicar fecha en que se espera el parto Día ____ / Mes ____ / Año ____                                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 13. Mujeres: ¿Ha estado embarazada? De ser respuesta afirmativa indicar fechas de los partos, si fue parto normal o cesaria y complicaciones de los embarazos. _____                               | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

**¿Padecen ustedes, han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades o desórdenes?**

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 14. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio?                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 15. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio?                                                         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 16. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, vértigo, mareos, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental?                                                  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 17. ¿Alguna alteración en el examen de orina o sangre en la orina u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas?                                                                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 18. ¿Alguna enfermedad o desorden de la piel, de los ganglios linfáticos y quistes?                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 19. ¿Diabetes, tiroides, colesterol, ácido úrico u otro trastorno endocrino?                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 20. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, pólipos, gastritis, páncreas o vesícula biliar? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 21. ¿Alguna enfermedad o desorden de los músculos, huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 22. ¿Alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos, nariz o garganta?                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 23. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 24. ¿Alguna enfermedad o desorden de los órganos reproductivos?                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 25. ¿Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformidades, o amputación?                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 26. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Síndrome Complejo Relacionado al SIDA (SCRS)?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 27. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase? ¿Leucemia o linfoma? ¿Ha recibido quimioterapias o radioterapia?                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 28. ¿Está actualmente en control médico? ¿Se encuentra recibiendo algún tratamiento o toma algún fármaco de manera regular?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 29. ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado en las preguntas anteriores?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

**En cada respuesta afirmativa de las preguntas anteriores, favor detallar en el formato siguiente la información solicitada:**

| Pregunta /<br>Nombre completo de la persona | Descripción<br>(Diagnóstico, tratamiento y medicamentos así lo requieran) | Medico u hospital de atención | Fecha de<br>atención<br>(Mes/Año) | Duración |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------|
|                                             |                                                                           |                               |                                   |          |
|                                             |                                                                           |                               |                                   |          |
|                                             |                                                                           |                               |                                   |          |
|                                             |                                                                           |                               |                                   |          |
|                                             |                                                                           |                               |                                   |          |
|                                             |                                                                           |                               |                                   |          |
|                                             |                                                                           |                               |                                   |          |
|                                             |                                                                           |                               |                                   |          |

#### DEPENDIENTES PARA EL SEGURO DE SALUD

| Nombres | N° Identificación | Peso | Talla | Parentesco |    | Fecha de Nacimiento |     |     |
|---------|-------------------|------|-------|------------|----|---------------------|-----|-----|
|         |                   |      |       | CY         | HJ | Día                 | Mes | Año |
|         |                   |      |       |            |    |                     |     |     |
|         |                   |      |       |            |    |                     |     |     |
|         |                   |      |       |            |    |                     |     |     |
|         |                   |      |       |            |    |                     |     |     |
|         |                   |      |       |            |    |                     |     |     |

**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.

| Nombres | N° Identificación | FIRMA |
|---------|-------------------|-------|
|         |                   |       |
|         |                   |       |
|         |                   |       |
|         |                   |       |
|         |                   |       |
|         |                   |       |



|                               |        |        |
|-------------------------------|--------|--------|
| 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.

**DEDUCIBLE Y COASEGURO**

|                                       |                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible por Año Póliza              | US\$ _____ o ₡ _____                                                                                                                                    |
| Coaseguro                             |                                                                                                                                                         |
| Límite de Coaseguro                   | US\$ _____ ₡ _____ (depende de la moneda de contratación)                                                                                               |
| Dentro de la Red con Pre-autorización | 20% el asegurado - 80% la Compañía <input type="checkbox"/> 10% el asegurado - 90% la Compañía <input type="checkbox"/>                                 |
| Dentro de la Red sin Pre-autorización | 30% el asegurado - 70% la Compañía                                                                                                                      |
| Fuera de la Red                       | 30% el asegurado - 70% la Compañía, de los Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados que la Compañía hubiera pagado dentro de la Red de Proveedores |

**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 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 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<br>____/____/____<br>Día Mes Año | Plan Seleccionado: _____<br>Compañía: _____                                                 |
| Fecha de ingreso a la póliza<br>____/____/____<br>Día Mes Año   | Filial: _____ Ocupación: _____ Categoría: _____<br>_____<br>Firma autorizada por el Tomador |
|                                                                 | _____<br>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.segurosbmicr.com](http://www.segurosbmicr.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](http://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](mailto: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