



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: _____ Fecha: Mes ____/Día ____/Año ____

1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nº Póliza Colectivo: _____

Nombre o Razón Social	
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) _____ _____	
Correo Electrónico para Facturación Electrónica y Notificaciones	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. PLAN DE SEGURO

Plan a contratar: ☐ Dólares ☐ Colones ☐ Plan Tradicional _____ \$ ☐ Plan Tradicional _____ ¢	Área de Cobertura: ☐ Local ☐ Internacional
Modalidad de Contratación: ☐ Contributiva % de Contribución _____ ☐ No Contributiva	
Forma de Pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual	
Deducible y Coaseguro	
Deducible por Año Póliza	US\$ _____ o ¢ _____
Coaseguro	
Límite de Coaseguro	US\$ _____ o ¢ _____ (depende de la moneda de contratación)
Dentro de la Red con Pre-autorización	20% el asegurado - 80% la Compañía ☐ 10% el asegurado - 90% la Compañía ☐
Dentro de la Red sin Pre-autorización	_____% el asegurado - _____% la Compañía
Fuera de la Red	_____% el asegurado - _____% la Compañía, de los Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados que la Compañía hubiera pagado dentro de la Red de Proveedores

5.2. COBERTURAS BÁSICAS

Conforme a la cobertura de esta Póliza, los Asegurados podrán gozar de los beneficios indicados en las Condiciones Generales, sujetándose a los límites que sean aplicables y definidos y a lo especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de esta Póliza.

5.3. ADITAMENTOS OPCIONALES

- ☐ Renta Diaria por Hospitalización ☐ Chequeo Preventivo Anual ☐ Beneficio Óptico ☐ Asistencia Viajera ☐ Cuida Tu Salud
- ☐ Asistencia Hogar ☐ Asistencia Salud ☐ Tarjeta MAS Colectivo Plus ☐ Tarjeta MAS Colectivo Otros _____
- ☐ Cobertura de Servicio Odontológico - Plan Seleccionado:
- ☐ Plan Odontalgia sin RX ☐ Plan Odontalgia con RX ☐ Plan de Emergencia sin Endodoncia ☐ BMI Dent
- ☐ Plan de Emergencia Completa ☐ Plan de Emergencia y Prevención ☐ Plan de Emergencia y Prevención (Copago) ☐ Plan Amplio
- ☐ Plan Servicio Odontológico ☐ Plan Amplio Integral _____ ☐ Otros _____

6. OPCIONES SUJETAS A NEGOCIACIÓN (CONTRATO TIPO):

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

- ☐ **Definiciones:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar
- ☐ **Cobertura de Gastos Médicos:** se podrá negociar en su alcance, ámbito de cobertura, beneficios o sus límites.
- ☐ **Coberturas adicionales:** cada cobertura adicional se podrá negociar en su alcance, sus beneficios, su ámbito de cobertura, sus límites y exclusiones.
- ☐ **Coberturas de Servicio:** se podrá negociar las coberturas y servicio con el Tomador, así como su alcance, ámbito de cobertura, beneficios, sus límites y exclusiones.
- ☐ **Exclusiones:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar
- ☐ **Límites o restricciones a las coberturas:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar
- ☐ **Coordinación de Beneficios:** se podrá modificar
- ☐ **Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización:** se podrá modificar
- ☐ **Elegibilidad:** se podrá modificar
- ☐ **Registro de Asegurados y Beneficiarios:** se podrá modificar
- ☐ **Pluralidad de Seguros:** se podrá modificar
- ☐ **Comisión de Cobro:** se podrá agregar, ampliar o modificar.

Brindar detalles acerca de los cambios solicitados:

7. OTROS TEMAS:

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.

Fechada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma _____

Escriba nombre y título _____

Agente _____ Número de código _____

8. 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.

9. 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.

Fecha ____/____/____
Día Mes Año

Firma del Testigo/Agente

Firma del Tomador

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 número **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 a la Ruta 27
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069