



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

Fecha Solicitud: _____

N° Póliza Colectivo: _____

1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social _____		Plan Seleccionado:	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Colectivo en Colones
			<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Colectivo en Dólares
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Persona Física: <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es afirmativa, de nombres y direcciones) _____			
Dirección de Correo Electrónico _____		Sitio Web _____	

2. PLAN DE SEGURO

Suma Asegurada <input type="checkbox"/> Monto Único _____ <input type="checkbox"/> Salarios _____	
<input type="checkbox"/> Monto Escalonado: Nivel I _____ Nivel II _____ Nivel III _____ Nivel IV _____	
Modalidad de Contratación <input type="checkbox"/> Contributiva % de Contribución _____ <input type="checkbox"/> No Contributiva	Vigencia solicitada de la Póliza Del ____/____/____ Hasta ____/____/____
Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	Moneda <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares de los Estados Unidos de Norte América

3. ADITAMENTOS OPCIONALES

<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente	<input type="checkbox"/> Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Incapacidad Total y Permanente _____%
<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/> Adelanto de la Suma Asegurada Básica para Gastos Funerarios _____%
<input type="checkbox"/> Muerte y/o Desmembramiento Accidental	<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad y/o Accidente:
<input type="checkbox"/> Servicio Odontológico – Plan: _____	<input type="checkbox"/> \$50 <input type="checkbox"/> \$100 <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> C25.000 <input type="checkbox"/> C50.000 <input type="checkbox"/> C _____
<input type="checkbox"/> Desempleo: _____	<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal – Trabajador Independiente
<input type="checkbox"/> Aditamento Seguro de Vida Cónyuge	<input type="checkbox"/> Enfermedades Críticas:
<input type="checkbox"/> Aditamento Seguro de Vida Hijos	<input type="checkbox"/> Cáncer primario <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio
<input type="checkbox"/> Aditamento Seguro de Vida Padres	<input type="checkbox"/> Accidente vascular encefálico <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos y Dentales por Accidente	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica bilateral <input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática crónica
<input type="checkbox"/> Tarjeta MAS Colectivo <input type="checkbox"/> Tarjeta MAS Colectivo Plus	<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos mayores <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/> Asistencia Hogar <input type="checkbox"/> Asistencia Salud	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular <input type="checkbox"/> Parálisis
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Quemaduras graves
	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las coronarias que requiere cirugía

4. OPCIONES SUJETAS A NEGOCIACIÓN (CONTRATO TIPO)

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

- Cobertura básica:** se podrá negociar en su alcance, ámbito, beneficios o límites.
- Coberturas adicionales:** cada cobertura adicional se podrá negociar en su alcance, sus beneficios, su ámbito de cobertura, sus límites y exclusiones.
- 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.
- Definiciones:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar.
- Registro de Asegurados y Beneficiarios:** se podrá modificar.
- Elegibilidad y Asegurabilidad de Asegurados:** se podrá modificar.
- Exclusiones:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar.
- 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es afirmativa, de nombre de la compañía) _____ _____	Número total de Asegurados Propuestos activos _____
	Número total de Asegurados Propuestos elegibles _____
¿Reemplazará esta póliza esa cobertura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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.segurosbmcr.com) usted podrá obtener información completa de la Aseguradora y de todos los productos que ofrece la misma.

Fecha 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