

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: Mes \_\_\_\_ / Día \_\_\_\_ / Año \_\_\_\_

Nº Póliza Colectiva: _____	Nº de Certificado: _____
----------------------------	--------------------------

<b>TOMADOR:</b>	<b>IDENTIFICACIÓN:</b>
-----------------	------------------------

**INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO**

Apellido/Nombre: _____		Nacionalidad: _____		
Tipo y Número de Documento de Identidad: _____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento Día ____ / Mes ____ / Año ____	Edad ____	Peso ____ Estatura ____
Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal: _____	Números de Teléfono: Casa _____ Fax: _____	Celular _____		
Dirección Correspondencia: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro _____		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión de Hecho		
Dirección de Correo Electrónico _____		Ingreso Anual: _____		

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

Póliza “Protección Tarjeta de Débito”, cuya cobertura básica es un seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento, y ofrece coberturas opcionales que pueden ser adquiridas mediante el pago de una prima adicional.

**ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO**

Tipo de Tarjeta: _____	Número de Tarjeta: _____
------------------------	--------------------------

**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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha del Diagnóstico _____	¿Estuvo hospitalizado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Estuvo en UCI? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Usted ha recibido el esquema completo de vacunación contra el Covid-19? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	---	--	---

¿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: Robo y Fraude

Cobertura de Servicios Opcional:

Cobertura de Gastos Funerarios SI  NO

Cobertura de Servicios de Asistencia SI  NO

**Plan Seleccionado de Servicios de Asistencia:** Aplica para el Asegurado, el Cónyuge e hijos menores de dieciocho (18) años del Asegurado.

Elite A  Elite B  Elite C  Estándar A  Estándar B  Mujer A  Mujer B  Mujer C

**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.

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 asegurado propuesto 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.segurosbmicr.com](http://www.segurosbmicr.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 **P14-26-A10-734** 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](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