

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

Nº Póliza Colectiva: \_\_\_\_\_ Nº de Certificado: \_\_\_\_\_

**TOMADOR:** \_\_\_\_\_ **IDENTIFICACIÓN:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO**

Apellido/Nombre: _____		Nacionalidad: _____	
		Lugar de Nacimiento: _____	
Tipo y Número de Documento de Identidad: _____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento Día ____ /Mes ____ /Año ____	Edad
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 Saldo Deudor", cuya cobertura básica es un seguro de Saldo Deudor que pagará al Tomador, en su calidad de Beneficiario, el valor del Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado en caso de fallecimiento de éste por cualquier causa, y ofrece coberturas opcionales que pueden ser adquiridas mediante el pago de una prima adicional.

**ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO**

Modalidad: Monto Original  Saldo Deudor  Monto del Préstamo: \_\_\_\_\_

**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:**  
 Desempleo  Incapacidad Total y Permanente

**Cobertura de Servicios Opcional:**

Cobertura de Gastos Funerarios	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Plan Odontalgia con Rx Plan Servicio Odontológico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tarjeta MAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Plan de Emergencia sin Endodoncia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Asistencias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Plan de Emergencia Completa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Plan Servicio Odontológico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**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.

**AUTORIZACIÓN**

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

**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 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 **P14-40-A10-733** 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