

Best Meridian Insurance Company

Nova II

Código de producto: P14-24-A10-403

Fecha de registro: 22-ene-13

Oficio de solicitud de registro: BMI-111-2012

CLAUSULAS GENERALES

El contrato

El contrato, en su totalidad, está formado por esta póliza y cualquier solicitud, firmada por el tomador o el asegurado, la propuesta de seguro aceptada por el tomador o la persona asegurada, aditamentos, enmiendas o endosos que se le agreguen. La póliza se emite con base en la solicitud original y al pago de la primera prima. Todas las declaraciones hechas en la solicitud, por el asegurado o en su representación, se considerarán como declaraciones y no como garantías, excepto en casos de fraude. Tales declaraciones no se usarán como base para rechazar una reclamación, anular la póliza, ni impugnar una reclamación, a menos que la declaración de que se trate aparezca en la solicitud y una copia de ésta se haya agregado a la póliza en el momento de emitirla o cuando entre en vigor un incremento.

Solamente un funcionario autorizado por la Compañía 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.

Fecha de emisión

La fecha de emisión es la fecha efectiva para toda cobertura provista en la póliza. Esta es la fecha a partir de la cual nosotros contamos los meses y años de la póliza. Un aniversario de la póliza ocurre cada año en el mismo mes y día de la fecha de emisión. Un mes de la póliza comienza en cada mes calendario en el día de ese mes que es el mismo que la fecha de emisión. Si el día de la fecha de emisión es el 29, 30 o 31, en cualquier mes que no contiene ese día, el mes de la póliza empezará en el último día de ese mes.

Edad

La palabra edad, en esta póliza, se refiere a la edad del asegurado en la fecha de su último cumpleaños.

Declaración incorrecta de la edad o del sexo

Si la edad o sexo del asegurado fue declarada incorrectamente en la solicitud, nosotros consideraremos que tal error no fue intencional, y procederemos como sigue:

1. Si el error se descubre mientras vive el asegurado, dentro de un mes de haber conocido la situación, nosotros notificaremos al tomador la modificación necesaria para rectificar la póliza. Si no se acepta la modificación dentro el plazo de quince días hábiles siguientes a la notificación,
 - a. Procederemos a realizar la modificación si ésta no requiere ningún pago por parte del tomador.
 - b. Daremos por terminado la póliza si la modificación requiere un pago por parte del tomador.
2. Si el error se descubre después del fallecimiento del asegurado y el error no es atribuible al tomador nuestra Compañía rendirá la prestación debida. No obstante, en el caso de que el error sea atribuible al tomador nosotros ajustaremos y pagaremos los beneficios basándonos en la edad y/o sexo correcto del asegurado. La cantidad resultante será el beneficio por fallecimiento que se hubiera podido comprar aplicando el costo correcto del seguro.

Declaración incorrecta de la condición de fumador

Si la condición de fumador o no fumador del asegurado fue declarada incorrectamente en la solicitud, y se descubre el error dentro de los dos años después de la fecha de emisión de la póliza, nosotros consideraremos que tal error no fue intencional, y procederemos como sigue:

1. Si el error se descubre mientras vive el asegurado, dentro de un mes de haber conocido la situación, nosotros notificaremos al tomador la modificación necesaria para rectificar la póliza. Si no se acepta la modificación dentro el plazo de quince días hábiles siguientes a la notificación,
 - a. Procederemos a realizar la modificación si ésta no requiere ningún pago por parte del tomador.
 - b. Daremos por terminado la póliza si la modificación requiere un pago por parte del tomador.
2. Si el error se descubre después del fallecimiento del asegurado, y el error no es atribuible al tomador nuestra Compañía rendirá la prestación debida. No obstante, en el caso de que el error sea atribuible al tomador, nosotros ajustaremos y pagaremos los beneficios basándonos en la condición correcta del asegurado. La cantidad resultante será el beneficio por fallecimiento que se hubiera podido comprar aplicando el costo correcto del seguro.

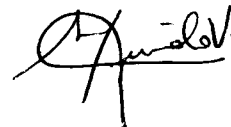
Después de que la póliza ha estado vigente por dos años, no se modificará la póliza por esta causa.

Exclusión por suicidio

En caso de suicidio del asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales, dentro de los primeros dos años siguientes a la fecha de emisión, nosotros haremos un pago limitado al beneficiario. Pagaremos en una suma total la cantidad de todas las primas pagadas a nosotros sustrayendo las cantidades siguientes:

1. cualquier deuda pendiente;
2. cualquier liquidación parcial; y
3. el costo de seguro de cualquier aditamento.

En caso de suicidio del asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales dentro de los dos años siguientes a la fecha de efectividad de rehabilitación o incremento en la suma asegurada, haremos un pago limitado al beneficiario. Este pago será igual al costo del beneficio rehabilitado o del incremento en la suma asegurada. Con respecto a incrementos,



este período de dos años se aplicará solamente a cualquier incremento que usted haya solicitado.

Otras exclusiones

Los beneficios que ofrece esta póliza serán limitados a la prima pagada cuando el fallecimiento del asegurado ocurra mientras esta póliza esté en efecto y sea resultado directo de:

- cualquier actividad de naturaleza ilegal o criminal;
- servicio en las Fuerzas Armadas o Fuerzas Policiales de cualquier país.

Esta exclusión no afecta a las personas aseguradas que no tengan relación directa o que no estén asociadas con cualquier actividad ilegal o criminal o con personas directamente involucradas en dichas actividades.

Indisputabilidad de la póliza

El seguro provisto en esta póliza no podrá impugnarse en los siguientes aspectos:

1. con relación a la suma asegurada inicial, después de transcurrir dos años a partir de la fecha de emisión de esta póliza;
2. con relación a cada incremento en la suma asegurada, después de transcurrir dos años a partir de la fecha de efectividad de ese incremento;
3. con relación a cualquier rehabilitación de la suma asegurada, después de transcurrir dos años a partir de la fecha de efectividad de la rehabilitación.

Si impugnamos cualquier incremento en el beneficio por fallecimiento o en una rehabilitación, la impugnación se basará únicamente en la solicitud para el incremento o la rehabilitación.

En los casos de fraude, declaración falsa o inexacta de hechos y circunstancias conocidas por el Asegurado o Tomador no aplicará la indisputabilidad. En dichos casos aplicará lo estipulado en la cláusula sobre **Nulidad del Contrato por declaración falsa o inexacta**

Caducidad y Terminación de la cobertura

Esta póliza caducará y toda la cobertura provista por esta póliza cesará al ocurrir la primera de cualquiera de estas fechas:

1. la fecha en que la póliza sea liquidada;
2. la fecha del fallecimiento del asegurado;

3. la expiración del período de gracia, si no se nos ha pagado la cantidad necesaria para que la póliza se mantenga vigente.
4. Cuando surja una causal de nulidad o disputabilidad

Beneficios

Por beneficios se entiende la cantidad que pagaremos:

1. después del fallecimiento del asegurado; o
2. al liquidarse esta póliza.

Los beneficios que pagaremos después del fallecimiento del asegurado se calcularán así: (a) más (b) menos (c) menos (d) entendiéndose que:

- (a) es el beneficio por fallecimiento;
- (b) es cualquier beneficio adicional que fuese pagadero bajo los términos de cualquier aditamento vigente;
- (c) es cualquier deuda pendiente; y
- (d) es cualquier cargo mensual que no haya sido efectuado antes de la fecha de fallecimiento.

Si usted liquida esta póliza, le pagaremos el valor efectivo neto.

Pagaremos los beneficios en un pago único. Cualesquier beneficios que paguemos estarán sujetos a los ajustes contemplados en las cláusulas de esta póliza relativas a la declaración incorrecta de la edad o el sexo, la declaración incorrecta de la condición de fumador o no fumador, la exclusión por suicidio, la indisputabilidad y otras exclusiones.

Cláusula de no participación

Su póliza no tiene derecho de participación. No participará en nuestras utilidades ni en nuestro superávit ganado.

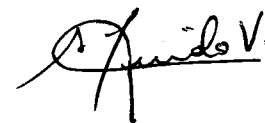
Presentación de un reclamo

El beneficiario o representante legal de la sucesión del asegurado debe formular por escrito la reclamación de los beneficios que sean pagaderos al ocurrir el fallecimiento del asegurado. Nuestra Sucursal o Casa Matriz debe recibir esta reclamación tan pronto como sea posible. Al recibir dicha notificación, enviaremos las planillas que deben completarse para que se remita la prueba del fallecimiento. Una vez recibida su reclamación usted recibirá una contestación de nuestra Compañía en un plazo no superior a treinta días naturales.

La prueba de reclamación incluirá:

1. prueba de fallecimiento del asegurado y de la causa de la muerte;
2. prueba del derecho del reclamante a solicitar el pago;
3. prueba de la edad del asegurado;
4. devolución de la póliza original.

La prueba de reclamación debe remitirse a nuestra Casa Matriz o al domicilio de la sucursal sito en San Rafael de Escazú, Edificio BMI, frente al Hospital CIMA dentro de los 90 días siguientes al fallecimiento del asegurado.



A. J. V.

"Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada."

Cambio de beneficiario

El asegurado puede cambiar, el beneficiario en cualquier momento salvo que haya designado beneficiarios irrevocables. Este cambio debe ser por escrito dirigido a nuestra Casa Matriz o bien a las oficinas de nuestra sucursal en Costa Rica y debe ser registrado en nuestra Casa Matriz. Una vez registrado, aún si el asegurado no viviere, el cambio será efectivo desde la fecha en que se firmó la solicitud. Cualquier pago que hayamos hecho o cualquier medida que hayamos tomado antes de que el cambio se haya registrado, no será afectado. **Si el asegurado ha designado por escrito a un beneficiario con carácter irrevocable, no se harán cambios sin el consentimiento por escrito de ese beneficiario.**

CLAUSULAS RELATIVAS A LA COBERTURA DEL SEGURO

Beneficio por fallecimiento

De acuerdo a los términos de esta póliza, el beneficio por fallecimiento será provisto de conformidad con la Opción A o B, tal como aparece en la página de datos de la póliza.

Opción A

El beneficio por fallecimiento será igual a la mayor de las dos cantidades siguientes:

1. la suma asegurada de la póliza en la fecha del fallecimiento del asegurado; o

2. el beneficio por fallecimiento ajustado tal como se explica a continuación.

Opción B

El beneficio por fallecimiento será igual a la mayor de las dos cantidades siguientes:

1. la suma asegurada más el valor acumulado en la fecha del fallecimiento del asegurado;
2. el beneficio por fallecimiento ajustado tal como se explica a continuación.

El beneficio por fallecimiento ajustado es igual al valor acumulado de la póliza en la fecha del fallecimiento del asegurado, multiplicado por el porcentaje correspondiente según las tablas contenidas en el presente contrato.

Cambio de opción de beneficio por fallecimiento

El asegurado puede cambiar la opción de beneficio por fallecimiento, en cualquier momento después del primer aniversario de la póliza, mediante una solicitud por escrito dirigida a nuestra Casa Matriz o al domicilio de nuestra sucursal si:

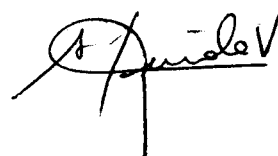
1. el beneficio por fallecimiento actual no es igual al beneficio por fallecimiento ajustado, tal como se ha definido anteriormente;
2. el cambio solicitado no produce una suma asegurada inferior al valor nominal mínimo que aparece en la página de datos de la póliza.

Si se cambia la Opción A por la Opción B, la suma asegurada disminuirá en una cantidad igual al valor acumulado. Si el cambio es de la Opción B para la Opción A, la suma asegurada incrementará en una cantidad igual al valor acumulado. Nosotros podemos solicitar prueba de asegurabilidad antes de que la Opción A se cambie por la Opción B.

Cualquier cambio será efectivo en el primer día del mes de la póliza inmediatamente después de la fecha en que nosotros aprobemos la solicitud de cambio. Entre cada cambio de opción deben transcurrir por lo menos doce meses.

Cambios en la cobertura del seguro

El asegurado puede solicitar un incremento o una disminución en la suma asegurada proporcionada por esta póliza. La póliza debe haber estado en vigor un año. El asegurado debe presentar su petición por escrito, en forma aceptable por nosotros y enviarla a nuestra Casa Matriz o al domicilio de nuestra sucursal.



Entre cada incremento o disminución deben transcurrir por lo menos doce meses. Cualquier cambio estará sujeto a las condiciones especificadas a continuación:

1. **INCREMENTOS:** Entrarán en vigor en el primer día del mes de la póliza inmediatamente después de la fecha en que aprobemos la solicitud.

Nos reservamos el derecho de pedir prueba satisfactoria de asegurabilidad. No se hará ningún incremento si el valor acumulado de la póliza no es suficiente para cubrir el próximo cargo mensual. Emitiremos una nueva página de datos de la póliza por cada incremento en la suma asegurada.

2. **DISMINUCIONES:** Entrarán en vigor en el primer día del mes de la póliza inmediatamente después de la fecha en que recibamos tal solicitud. Estas disminuciones reducirán el seguro en el siguiente orden:

1. del incremento más reciente, si lo hubiere;
2. sucesivamente del incremento más reciente, si lo hubiere, en orden cronológico regresivo;
3. de la suma asegurada inicial de la póliza.

La suma asegurada después de cualquier disminución solicitada no podrá ser inferior a la suma asegurada mínima indicada en la página de datos de la póliza. Emitiremos una nueva página de datos de la póliza por cada disminución de la suma asegurada.

CLAUSULAS RELATIVAS A LAS PRIMAS

Primera prima

Una vez perfeccionado el contrato, la primera prima deberá abonarse en la fecha de emisión de la póliza o a más tardar dentro de los diez días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato.

Primas programadas

Las primas programadas pueden ser satisfechas periódicamente mientras el asegurado viva. El asegurado puede cambiar la cantidad de las primas programadas.

Primas no programadas

El asegurado y el Tomador pueden hacer pagos no programados por concepto de primas en cualquier momento mientras la póliza esté vigente. Nos reservamos el derecho en cualquier año de la póliza, de limitar la cantidad de las primas no programadas, si tales pagos pueden producir como resultado un incremento del beneficio por fallecimiento.

Prima mínima anual

Esta póliza, en todas las edades que se emita, no caducará durante los diez primeros años de la póliza si la suma de todas las primas pagadas a la fecha, menos cualquier préstamo y liquidación parcial, es igual a la prima mínima mostrada en la página de datos prorrateada a la fecha.

Pago de primas

Si cualquier cheque u otro instrumento de pago no es canjeado cuando se presente para su pago, se considerará que la prima correspondiente no ha sido satisfecha. No serán aceptados los pagos en efectivo. Para que una prima sea considerada pagada, ésta debe haber sido recibida en nuestra Casa Matriz o en el domicilio de la sucursal y usted debe haber recibido un recibo oficial de nuestra Casa Matriz. Usted podrá pagar las primas mediante cargo automático a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito o bien mediante transferencia bancaria a la cuenta que al efecto designe la Compañía.

Período de gracia

Si el valor efectivo neto no es suficiente para satisfacer el cargo mensual vencido en ese momento, y durante los primeros diez años no se ha satisfecho la prima mínima como se describe anteriormente, comenzará a correr el período de gracia. La póliza se mantendrá en vigor durante dicho período cuya duración es de 61 días.

Si no recibimos suficientes primas para cubrir el cargo mensual o la prima mínima antes de la expiración del período de gracia la póliza será rescindida y devendrá inválida lo cual será notificado dentro de un plazo de cinco días hábiles posteriores al período de gracia.

Notificaremos por correo al asegurado y a cualquier segundo destinatario que aparezca registrado, la cantidad de prima requerida para que la póliza continúe en vigor por lo menos 30 días antes de que termine el período de gracia. Si el asegurado tiene 64 años de edad o más, y la póliza ha estado vigente por lo menos un año, la póliza no caducará por falta de pago de prima antes de transcurrir por lo menos 21 días desde la notificación al asegurado y al segundo destinatario que la póliza caducará.

Si el asegurado fallece durante el período de gracia, los beneficios serán pagados pero deduciremos cualquier cargo mensual que no haya sido satisfecho.

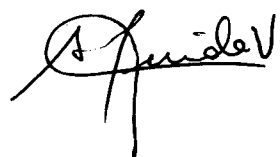
Lo anterior también aplicará entre el perfeccionamiento del contrato y el pago de la prima inicial.

Rehabilitación de la póliza

Esta póliza podrá ser rehabilitada dentro de los cinco años siguientes a la fecha en que haya caducado por no haberse abonado suficientes primas antes de la expiración del período de gracia.

La solicitud de rehabilitación deberá ser presentada por escrito en nuestra Casa Matriz o en la sucursal y deberá incluir:

- a. prueba de que el asegurado es asegurable sobre las mismas bases que se tuvieron en cuenta cuando esta póliza fue emitida, tal como un examen médico;
- b. pago suficiente de primas para mantener la póliza en vigor por lo menos dos meses a partir de la fecha de rehabilitación; y



Al cargo mensual serán cargados los impuestos de la Ley, los cuales consequentemente serán deducidos del valor acumulado.

Costo del seguro

El costo del seguro se determina el primer día de cada mes de la póliza. Este costo se computa por separado para la suma asegurada inicial y para cada incremento de la suma asegurada. El valor acumulado menos el cargo mensual por administración al mes que esté transcurriendo, se considera primero como parte de la suma asegurada inicial.

Si ese valor es superior a la suma asegurada inicial, la cantidad en exceso de la suma asegurada inicial será considerada como parte de la suma asegurada incrementada que resulte de los incrementos en el orden en que hayan ocurrido.

El costo del seguro es igual a:

1. el monto del beneficio por fallecimiento en el primer día del mes de la póliza; menos
2. el valor acumulado en el primer día del mes de la póliza; más
3. el cargo mensual por administración correspondiente al mes que esté transcurriendo; más
4. el cargo mensual correspondiente a cualquier aditamento que no depende del valor acumulado; multiplicado por
5. la tasa del costo de seguro para ese mes.

Tasa del costo de seguro

La tasa del costo de seguro se determina por separado para la suma asegurada inicial y para cada incremento de la suma asegurada. Las tasas se basan en:

1. la edad del asegurado en la fecha de emisión o en la fecha de incremento y la duración de la póliza o de cada uno de los incrementos, expresados en años; y
2. la clase de riesgo que aparece indicada en la página de datos de la póliza.

La clase de riesgo indica (i) si el asegurado es no fumador o fumador, y (ii) si el asegurado es un riesgo normal o anormal.

La clase de riesgo con la fecha de vigencia más reciente, se aplicará a cualquier incremento del beneficio por fallecimiento que resulte cuando el beneficio por fallecimiento es un porcentaje del valor acumulado.

Determinaremos anualmente la tasa del costo de seguro basándonos en nuestras expectativas para el futuro.

Las tasas del costo de seguro, para riesgos normales o estándar, nunca serán mayores que las tasas garantizadas mostradas en la tabla de tasas de seguro máximas garantizadas. Para riesgos que no sean los normales (riesgos subestándar), las tasas máximas garantizadas se incrementarán en una forma para mantener consistencia con las tasas de riesgos normales o estándar.

Tasa de interés

La tasa de Interés que se aplicará para calcular el valor acumulado durante cada mes de la póliza, o fracción de mes, será por lo menos el 0.24663% mensual, compuesto

mensualmente. Esta tasa es igual al 3.0% anual, compuesto anualmente.

El interés acreditado sobre la porción del valor acumulado que iguale a la cantidad adeudada sobre la póliza pudiera acreditarse bajo una tasa distinta a la tasa aplicada al resto del valor acumulado. Sin embargo, esa tasa de interés nunca será inferior a la tasa garantizada.

El interés en exceso de la tasa arriba establecida podrá acreditarse al valor acumulado a opción de la Compañía, que se basará en las expectativas respecto a las futuras tasas de interés.

Para las liquidaciones que tengan lugar dentro de los 18 años siguientes a la fecha de emisión, el interés en exceso de los últimos 12 meses será restado.

Liquidación parcial

Después del primer año de la póliza y en vida del asegurado, este último puede solicitar por escrito una liquidación parcial del valor efectivo.

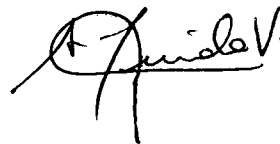
Tal liquidación parcial estará sujeta a los siguientes términos:

1. la cantidad mínima de cualquier liquidación parcial será \$250;
2. el valor efectivo neto que quede después de la liquidación parcial debe ser por lo menos \$250 más el cargo mensual correspondiente al mes de la póliza siguiente a la liquidación parcial;
3. si se ha seleccionado la Opción A en cuanto al beneficio por fallecimiento, la cantidad de la liquidación parcial se sustraerá de la suma asegurada en el orden siguiente:
 - (a) del incremento más reciente, si lo hubiere;
 - (b) de los incrementos más recientes, si los hubiere, sucesivamente y en orden regresivo;
 - (c) de la suma asegurada inicial de la póliza;La suma asegurada que quede después de dicha reducción será por lo menos igual a la suma asegurada mínima que aparece en la página de datos de la póliza;
4. deduciremos un cargo por concepto de liquidación parcial en cada una de las liquidaciones parciales. Dicho cargo no será superior a \$25;
5. solamente se puede efectuar una liquidación parcial en un año de póliza;
6. nos reservamos el derecho de posponer el pago de una liquidación parcial, hasta por un término máximo de treinta días naturales posteriores al plazo para resolver la solicitud de liquidación, a menos que dicha liquidación sea para abonarnos primas.

Liquidación

El asegurado puede liquidar totalmente esta póliza en cualquier momento. El valor efectivo de liquidación es igual al valor efectivo neto. Deberán cumplirse las siguientes condiciones:

- (a) toda solicitud de liquidación deberá someterse por escrito, en una forma que nos sea aceptable;
- (b) la póliza original debe devolverse a nuestra Casa Matriz o al domicilio de la sucursal;



- (c) el asegurado debe estar vivo en la fecha de efectividad de la liquidación.

Nosotros podemos posponer el pago del valor efectivo de liquidación hasta por un término máximo de treinta días naturales posteriores al plazo para resolver la solicitud, a menos que dicha liquidación se aplique para abonarnos primas. Si se solicita una liquidación dentro de los treinta días siguientes a un aniversario de la póliza, el valor efectivo de liquidación no será inferior al valor efectivo de liquidación en dicho aniversario, pero se deducirán cualquier adeudo o liquidación parcial que se haya hecho en la fecha de ese aniversario o después. **Ningún seguro estará vigente una vez que hayamos recibido una solicitud de liquidación.**

Prolongación del seguro

Si los pagos de primas programadas no son satisfechos en la forma prevista y no se abonan pagos por concepto de primas no programadas, esta póliza continuará en vigor hasta que el valor efectivo al iniciarse un mes de la póliza no alcance para cubrir el cargo mensual correspondiente a ese mes. En ese momento, se aplicará la cláusula del período de gracia. **En ningún caso se prorrogará la vigencia de un aditamento más allá de la fecha en que el mismo deba terminar.**

Base para el cálculo de valores

Los valores efectivos mínimos y las tasas máximas del costo de seguro se basan en la tabla de mortalidad que aparece en la tabla de tasas de seguro máximas garantizadas, junto con interés del 3%, compuesto anualmente. Se hacen los incrementos adecuados con vista a los riesgos no normales (subestándar).

PRESTAMOS SOBRE LA POLIZA

El asegurado puede obtener de nosotros un préstamo sobre la póliza si se cumple con los siguientes requisitos:

- (a) que haya pasado el primer aniversario de la póliza;
- (b) que la póliza sea la única garantía del préstamo;
- (c) que la póliza se nos ceda en una forma que nos resulte aceptable;
- (d) que el préstamo solicitado más cualquier deuda preexistente no exceda el valor máximo para préstamos;
- (e) que la póliza esté vigente.

El valor máximo para préstamos es equivalente al valor efectivo neto menos el cargo mensual del próximo mes.

Nos reservamos el derecho de posponer hasta por un término máximo de treinta días naturales posteriores al plazo para resolver la solicitud, cualquier pago de un préstamo sobre la póliza, a menos que dicho préstamo sea para abonarnos primas.

Deuda

La palabra deuda en esta póliza, se refiere al principal de cualquier préstamo sobre la póliza no satisfecha más cualquier interés que no haya sido pagado.

Intereses

Todo préstamo sobre la póliza devengará una tasa de interés corriente del 8% anual. El principal del préstamo y los intereses serán pagaderos anualmente en la fecha en que se determine en el contrato que podrá ser prorrogado automáticamente de forma anual. Para que el préstamo sea prorrogado, se sumarán los intereses vencidos al principal adeudado y sobre la totalidad este monto se aplicará la misma tasa de interés del préstamo de conformidad a lo que establece el artículo 505 del Código de Comercio.

Si el préstamo inicial o cualesquiera de sus prórrogas más los correspondientes intereses llegan a sobrepasar el valor efectivo de la póliza ésta se cancelará automáticamente, pudiendo la Compañía cobrar su crédito del valor efectivo.

Reembolso del préstamo

Usted puede reembolsar un préstamo, total o parcialmente, en cualquier momento, antes de la terminación de la póliza y mientras el asegurado viva. El reembolso del préstamo se aplicará al valor efectivo que está garantizando el préstamo.

Límite de la póliza

Si el monto total de uno o más préstamos o cualesquiera de sus prórrogas más los correspondientes intereses llegan a sobrepasar el valor efectivo de la póliza se iniciará el período de gracia, hasta que el valor efectivo neto sea suficiente para satisfacer el cargo mensual. **En caso de exceder el período gracia estipulado se cancelará automáticamente la póliza, pudiendo la Compañía cobrar su crédito del valor efectivo.**

Nulidad del Contrato por declaración falsa o inexacta

Con excepción de declaraciones respecto a la edad, sexo, o condición de fumador del asegurado, este contrato, así como cualesquiera de sus adenda o beneficios devendrán nulos cuando se determine que se ha declarado de forma falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidos como tales por el Asegurado, el Tomador, la Compañía o por los representantes de uno o de otro, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato. Si la declaración falsa o inexacta tiene que ver con la edad, sexo, o condición de fumador del asegurado, se procederá como descrito arriba bajo **Declaración incorrecta de la edad o del sexo y Declaración incorrecta de la condición de fumador.**

El asegurador podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de la notificación, el asegurador, dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

Deber de Confidencialidad

En aplicación de la Ley n° 8653, Reguladora del Mercado de Seguros, la información del Tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario que haya sido suministrada a la Compañía en virtud del presente contrato, salvo la respectiva autorización, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad.

Prevención de legitimación de capitales

El Tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar información veraz y verificable, ya sea a través de formularios u otro documentos que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre la legitimación de capitales Ley n° 8204.

Prescripción

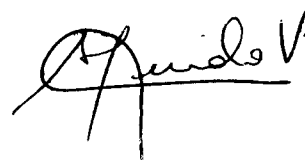
Los derechos que se deriven del presente contrato prescribirán a los cuatro (4) años, iniciándose dicho término desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo ejercita.

Normas Supletorias

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros Ley N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley N° 8956, Ley de Promoción de la

Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, Ley N° 7472, la normativa dictada por la Superintendencia General de Seguros, el Código de Comercio, el Código Civil y cualquier otra legislación de la República de Costa Rica que resulte de aplicación.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, 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 _____ de fecha _____."



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

PARTE A

1. INFORMACION PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellido/Nombre		Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento Mes Día Año / /	Edad
Lugar de Nacimiento	Estatura (Mts./Cms.)	Peso (Kgs./Lbs.)	Cédula de Identidad	
Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal		Números de Teléfono Casa _____ Celular _____		
¿Es usted residente de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo favor indicar número de seguro social _____		Estado Civil ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)		
Dirección de Correo Electrónico	Dirección Postal ☐ Domicilio ☐ Otra _____			

2. EMPLEADOR

Nombre de la Compañía	Ocupación	Deberes
Dirección - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal		
Número de Teléfono	Años de Empleo con la Compañía	

3. PLAN DE SEGURO

Nombre del Plan	Suma Asegurada US \$	☐ Fumador ☐ No Fumador ✓ Iniciales _____
Para Pólizas de Vida Universal - Opción A será automáticamente seleccionada si usted no hace su selección. ☐ Opción A - Suma Asegurada ☐ Opción B - Suma Asegurada más Valor Acumulado	Forma de Pago ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Otro	
Prima Programada US \$	Pago Inicial con la Solicitud ☐ Cheque # _____ \$ _____ ☐ Tarjeta de Crédito \$ _____ ☐ Transferencia Bancaria \$ _____ ☐ C.O.D.	
Fuente de Ingresos		

4. ADITAMENTOS OPCIONALES

☐ Beneficio por Muerte Accidental – Cantidad US \$ _____	☐ Exoneración de Primas/Cargos Mensuales
☐ Ninguno ☐ Otro - Favor indicar Plan y Cantidad _____	

5. TITULAR DE POLIZA (SI NO ES EL ASEGURADO PROPUESTO)

Apellido/Nombre	Titular Contingente - Apellido/Nombre
Parentesco con el Asegurado Propuesto	



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

6. SEGUNDO DESTINATARIO

Apellido/Nombre	Dirección - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal
Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico

7. SEGURO(S) DE VIDA EN VIGOR SOBRE LA VIDA DEL ASEGURADO PROPUESTO

☐ Si (Favor detallar a continuación) ☐ Ninguno

Compañía	Fecha de Emisión	Suma Asegurada	Beneficio por Muerte Accidental
A		US \$	US \$
B		US \$	US \$
C		US \$	US \$

¿Reemplazará la póliza solicitada algún seguro en esta u otra compañía? En caso **afirmativo**, favor completar formulario "Exhibit A"

☐ Sí ☐ No ¿Qué compañía? ☐ A ☐ B ☐ C

¿Tiene alguna solicitud pendiente en otra compañía? ☐ Sí ☐ No En caso **afirmativo** favor detallar a continuación.

Fecha _____ Compañía _____ Cantidad US \$ _____

Acción tomada por la compañía _____

8. BENEFICIARIOS

"Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada."

A. Primario(s)	Parentesco	Porcentaje
B. Contingente(s)	Parentesco	Porcentaje

9. DISPOSICIONES ESPECIALES



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

10. DETALLES DEL ASEGURADO PROPUESTO

	SI	NO
A. Durante los últimos cinco años, usted:		
1. ¿Ha participado o piensa participar durante los próximos dos años en actividades de aviación en calidad de piloto o miembro de la tripulación, planeo, carreras, buceo, paracaidismo con o sin caída libre o cualquier otro deporte peligroso? En caso afirmativo especifique cual y complete el cuestionario correspondiente	☐	☐
2. ¿Ha viajado o piensa viajar fuera de su país durante los próximos dos años?.....	☐	☐
3. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un crimen?.....	☐	☐
4. ¿Ha estado involucrado en un accidente de carro, declarado culpable de manejar bajo la influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tráfico?.....	☐	☐
En caso afirmativo , favor detallar a continuación _____		
5. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad?.....	☐	☐
6. ¿Ha servido o piensa servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar durante los próximos dos años?.....	☐	☐
B. Durante los últimos doce meses, ¿ha fumado usted cigarrillos o ha usado otros productos derivados del tabaco?.....		
En caso afirmativo , favor indicar cual producto y que cantidad.		
a. ☐ Cigarrillos _____	d. ☐ Pipa _____	
b. ☐ Tabaco _____	e. ☐ Mastica Tabaco _____	
c. ☐ Parche o Chicle de Nicotina _____	f. ☐ Otro _____	
C. Durante los últimos diez años, ¿ha usado usted cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos u otras sustancias controladas?.....		
En caso afirmativo , favor completar el cuestionario de "Uso de Drogas"		
D. ¿Consume bebidas alcohólicas?.....		
En caso afirmativo favor indicar la cantidad que toma y con qué frecuencia _____		

A mi leal saber y entender todas las declaraciones contenidas en la solicitud como en cualquier cuestionario o declaración de asegurabilidad con relación a esta solicitud son precisas y exactas. Queda convenido que estas declaraciones y respuestas formarán parte de la póliza. Ningún agente de Best Meridian Insurance Company puede modificar la presente solicitud. El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La póliza entrará en vigor si: (a) el titular de la póliza la recibe y la acepta sin cambio alguno, (b) si la prima inicial se pagó en su totalidad, (c) no ha habido ningún cambio en la asegurabilidad y el estado financiero del asegurado propuesto al momento de la entrega de la póliza y (d) todas las declaraciones hechas en la fecha de la solicitud son todavía exactas en la fecha en que se entrega la póliza. Sin embargo, si la prima es abonada de acuerdo al contrato de seguro de vida condicional adjunto y el recibo condicional es entregado al titular de póliza, las condiciones del recibo condicional regirán. Cualquier cambio en la suma asegurada, edad, fecha de emisión de la póliza, clasificación de riesgo, plan de seguro o beneficio debe acordarse por escrito en donde así se exija. El titular de póliza tiene el derecho de cambiar el beneficiario y de ejercer los demás derechos sin el consentimiento del beneficiario, sujeto a cualquier restricción estatutaria y a los derechos de cualquier beneficiario designado con carácter irrevocable.

Declaro que el dinero utilizado para pagar las primas para esta póliza proviene de fuentes lícitas.

He recibido la notificación referente a la Oficina de Información Médica y he sido notificado que puede prepararse un informe sobre el consumidor con relación a esta solicitud. Autorizo a Best Meridian Insurance Company y a sus reaseguradores para que obtengan dicho informe.

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, incompleta o engañosa incurrirá en responsabilidad penal y podrá ser juzgado por los delitos y contravenciones que establece la Ley.

Fecha _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Firma del Testigo/Agente _____

Firma del Asegurado Propuesto _____

Firma del Titular de Póliza _____
Si no es el Asegurado Propuesto



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

PARTE B

1. Nombre del médico y/o médico personal que lo atendió últimamente		Dirección
Fecha	Motivo	Tratamiento Recibido
2. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo : ☐ Aumento ☐ Pérdida Favor proveer detalles a continuación _____		

3. HISTORIAL CLINICO

¿Ha sido usted diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones?	SI	NO
a. ¿Enfermedad de los ojos, oídos, nariz, o garganta?.....	☐	☐
b. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?.....	☐	☐
c. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?.....	☐	☐
d. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?	☐	☐
e. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?.....	☐	☐
f. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?.....	☐	☐
g. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?	☐	☐
h. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?.....	☐	☐
i. ¿Deformidad, cojera, o amputación?.....	☐	☐
j. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer?.....	☐	☐
k. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?.....	☐	☐
l. ¿Está usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico?.....	☐	☐
Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años, usted:		
m. ¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física?.....	☐	☐
n. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?.....	☐	☐
o. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?	☐	☐
p. ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?.....	☐	☐
q. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?.....	☐	☐
4. ¿Ha tenido resultados positivos por haber sido expuesto a la infección del VIH o ha sido diagnosticado con el Complejo relacionado con el SIDA o el SIDA por causa de infección del VIH u otra enfermedad o condición derivada de dicha infección?.....	☐	☐
5. ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?.....	☐	☐
6. Para mujeres solamente.		
a. ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?.....	☐	☐
b. ¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses tiene de embarazo?.....	☐	☐

Detalles de las respuestas afirmativas 3(a-q), 4, 5 y 6. Favor indicar fechas, diagnósticos, nombre y dirección de todos los médicos e instituciones que prestaron sus servicios. _____

Todas las declaraciones y respuestas contenidas en esta solicitud y cualquier cuestionario o declaración de asegurabilidad con relación a esta solicitud, a mi leal saber y entender son fieles y exactas. Autorizo a cualquier médico habilitado, hospital, clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros y de reaseguros, la oficina de Información Médica o agencia de información sobre el consumidor que posea datos o conocimiento de mí o de mi salud referentes al diagnóstico, tratamiento o pronóstico de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental, o que posea información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a Best Meridian Insurance Company, o reaseguradores toda la información que le sea solicitada. Esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se indica a continuación. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

() Marcando en esta casilla usted **AUTORIZA** a BMI para que suministre y solicite su información a terceros incluyendo la Oficina de Información Médica. Usted podrá en todo momento revocar el consentimiento a BMI para que suministre su información a terceros.

"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 _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Firma del Testigo/Agente _____

Firma del Asegurado Propuesto _____

Firma del Titular de Póliza _____