

# *Best Meridian Insurance Company*

NOVA III

**Código de producto: P14-24-A10-403**  
**(Versión 3)**

**Fecha de registro V3: 16-ene-15**

## PLAN NOVA II

POLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA  
Emitida por



**BEST MERIDIAN**  
**INSURANCE COMPANY**

**8950 SW 74th Court**  
**Miami, Florida 33156 USA**

Sociedad Anónima

En el texto de esta póliza, las palabras “usted”, “su” y “suyo” se refieren al Asegurado, o bien al Tomador en el caso en que el Asegurado sea una persona distinta y que haya prestado su consentimiento para el aseguramiento, y las palabras “nosotros”, “nuestro” y “Compañía” se refieren a Best Meridian Insurance Company.

Si el asegurado fallece mientras esta póliza esté en vigor, nosotros pagaremos los beneficios por fallecimiento al beneficiario, con sujeción a los términos y condiciones de esta póliza. El nombre del asegurado aparece en la página de datos de la póliza.

**LEA ATENTAMENTE SU POLIZA.** La misma constituye un contrato legal entre usted y nosotros.

### **Derecho por 30 días naturales para examinar la póliza**

Si no está totalmente satisfecho con esta póliza, usted puede devolverla dentro de los 30 días naturales de su recibo a nuestras oficinas, sitas en San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA o en la Casa Matriz, ya sea por correo o en persona. Esta póliza se cancelará y le reembolsaremos cualquier prima pagada.

Firmada y sellada en Miami, Florida.

\_\_\_\_\_  
PRESIDENT

### **POLIZA AJUSTABLE DE SEGURO DE VIDA CON PRIMA FLEXIBLE**

Seguro pagadero al fallecimiento del asegurado mientras la póliza se encuentre vigente. Primas flexibles pagaderas durante la vida del asegurado hasta los 120 años de edad.

BENEFICIO POR FALLECIMIENTO AJUSTABLE  
POLIZA SIN DERECHO DE PARTICIPACION  
POLIZA SIN DERECHO A DIVIDENDOS  
CONTRATO DE ADHESION

<b>SECCION</b>	<b>PÁGINA</b>		
Página de datos (incluyendo tabla de cargos de póliza . 3, 3A		Titular de póliza.....	11
Opciones de depósito .....	19	Liquidación parcial .....	16
Cláusulas generales .....	8	Aniversario de la póliza.....	8
Cláusulas relativas a la cobertura del seguro .....	12	Beneficios .....	9
Titularidad y beneficiarios .....	11	Prueba de fallecimiento .....	10
Préstamos sobre la póliza .....	17	Rehabilitación de la póliza .....	14
Valores de la póliza .....	14	Exclusión por suicidio .....	9
Cláusulas relativas a las primas .....	13	Liquidación .....	16
		Terminación de la cobertura .....	9
<b>ADITAMENTOS OPCIONALES</b> (si los hubiese)		Nulidad del Contrato por declaración falsa o inexacta	17
..... después de la página	19	Deber de Confidencialidad .....	18
		Prevención de legitimación de capitales .....	18
<b>TERMINOS IMPORTANTES</b>		Prescripción .....	18
Valor acumulado.....	14	Normas Supletoria .....	18
Edad .....	8		
Reporte anual .....	10		
Base para el cálculo de valores.....	17		
Beneficiario .....	11		
Valor efectivo .....	15		
Cambio de beneficiario .....	12		
Cambio de opción de beneficio por fallecimiento.....	12		
Cambios en la cobertura del seguro .....	12		
Prolongación del seguro .....	16		
Contrato .....	8		
Costo del seguro .....	15		
Tasa del costo del seguro .....	15		
Deuda .....	17		
Cargo por gastos .....	15		
Suma asegurada .....	3		
Presentación de un reclamo.....	10		
Período de gracia .....	13		
Indisputabilidad de la póliza .....	9		
Asegurado .....	3		
Tasa de interés .....	16		
Beneficiario irrevocable .....	12		
Fecha de emisión .....	3, 8		
Jurisdicción y asuntos legales .....	10		
Préstamos.....	17		
Prima mínima anual.....	13		
Declaración incorrecta de la edad o del sexo .....	8		
Declaración incorrecta de la condición de fumador .....	8		
Cargo mensual .....	15		
Cláusula de no participación .....	10		
Notificaciones y reportes .....	11		
Otras exclusiones .....	9		



**TABLA DE TASAS MAXIMAS GARANTIZADAS DE SEGURO**

<i>HOMBRE</i> <i>COSTO ANUAL POR CADA \$1,000</i>			<i>HOMBRE</i> <i>COSTO ANUAL POR CADA \$1,000</i>		
<i>EDAD CUMPLIDA</i>	<i>NO FUMADORES</i>	<i>FUMADORES</i>	<i>EDAD CUMPLIDA</i>	<i>NO FUMADORES</i>	<i>FUMADORES</i>
20	0.95	1.30	71	27.99	42.70
21	0.95	1.36	72	31.17	46.64
22	0.95	1.43	73	34.52	50.61
23	0.96	1.50	74	38.12	54.91
24	0.97	1.58	75	42.04	59.69
25	1.00	1.67	76	46.46	64.99
26	1.04	1.76	77	51.60	71.12
27	1.06	1.81	78	57.57	78.15
28	1.04	1.82	79	64.26	85.89
29	1.03	1.81	80	71.72	94.35
30	1.02	1.80	81	79.83	103.34
31	1.01	1.81	82	88.42	112.59
32	1.02	1.84	83	97.80	122.45
33	1.05	1.90	84	108.23	133.60
34	1.07	1.97	85	119.83	146.24
35	1.12	2.05	86	132.59	159.95
36	1.17	2.17	87	146.38	174.52
37	1.24	2.31	88	161.04	189.71
38	1.33	2.48	89	176.42	205.33
39	1.41	2.67	90	191.74	220.42
40	1.52	2.90	91	206.82	234.78
41	1.65	3.18	92	222.62	249.52
42	1.81	3.51	93	239.28	264.76
43	2.00	3.90	94	256.83	281.02
44	2.21	4.34	95	274.21	297.39
45	2.44	4.78	96	291.18	312.93
46	2.67	5.22	97	309.26	329.31
47	2.86	5.59	98	328.54	346.60
48	3.01	5.87	99	349.11	364.85
49	3.20	6.23	100	368.76	381.92
50	3.45	6.70	101	386.19	396.51
51	3.77	7.31	102	404.73	411.85
52	4.16	8.05	103	424.44	427.96
53	4.61	8.94	104	445.27	446.33
54	5.18	10.00	105	467.21	468.20
55	5.82	11.13	106	490.50	491.42
56	6.48	12.30	107	515.21	516.07
57	7.12	13.38	108	541.43	542.21
58	7.76	14.41	109	569.22	569.94
59	8.51	15.62	110	598.65	599.30
60	9.42	17.11	111	629.83	630.41
61	10.53	18.93	112	662.83	663.35
62	11.82	21.02	113	697.75	698.19
63	13.23	23.26	114	734.65	735.03
64	14.70	25.50	115	773.63	773.95
65	16.23	27.69	116	814.76	815.02
66	17.78	29.81	117	858.13	858.32
67	19.40	31.95	118	903.80	903.92
68	21.11	34.14	119	951.67	951.74
69	23.03	36.55	120	1000.00	1000.00
70	25.27	39.31			

Esta tabla se basa en el Commissioner's 2001 Standard Ordinary Mortality Table (EEUU).

**TABLA DE TASAS MAXIMAS GARANTIZADAS DE SEGURO**

MUJER COSTO ANUAL POR CADA \$1,000			MUJER COSTO ANUAL POR CADA \$1,000		
EDAD CUMPLIDA	NO FUMADORAS	FUMADORAS	EDAD CUMPLIDA	NO FUMADORAS	FUMADORAS
20	0.45	0.59	71	19.31	33.85
21	0.47	0.63	72	21.17	36.83
22	0.48	0.66	73	23.20	40.08
23	0.48	0.69	74	25.45	43.48
24	0.50	0.73	75	27.92	47.05
25	0.51	0.79	76	30.63	50.91
26	0.55	0.84	77	33.63	55.07
27	0.57	0.89	78	36.90	59.56
28	0.60	0.95	79	40.49	64.39
29	0.63	1.01	80	44.95	70.41
30	0.66	1.07	81	50.43	77.77
31	0.70	1.15	82	56.23	85.35
32	0.74	1.23	83	62.32	93.09
33	0.79	1.33	84	69.11	101.15
34	0.85	1.46	85	75.99	108.60
35	0.92	1.59	86	84.12	117.21
36	0.99	1.72	87	94.16	127.89
37	1.05	1.83	88	104.75	138.58
38	1.10	1.94	89	115.29	148.36
39	1.16	2.06	90	123.05	153.92
40	1.23	2.19	91	130.47	158.48
41	1.31	2.34	92	142.77	168.33
42	1.40	2.53	93	159.44	182.27
43	1.51	2.74	94	180.20	201.70
44	1.64	2.99	95	202.79	224.62
45	1.79	3.28	96	225.04	246.45
46	1.97	3.62	97	239.48	259.40
47	2.18	4.04	98	247.32	264.59
48	2.41	4.54	99	263.59	278.57
49	2.67	5.10	100	284.74	297.48
50	2.96	5.70	101	307.72	317.92
51	3.29	6.36	102	333.04	340.13
52	3.66	7.07	103	360.70	364.04
53	4.05	7.84	104	390.85	391.63
54	4.46	8.66	105	422.71	423.44
55	4.93	9.53	106	455.32	455.99
56	5.44	10.46	107	488.47	489.10
57	5.98	11.40	108	522.19	522.77
58	6.54	12.38	109	557.03	557.56
59	7.11	13.43	110	591.95	592.43
60	7.71	14.52	111	625.61	626.05
61	8.37	15.70	112	657.76	658.15
62	9.07	16.95	113	690.78	691.12
63	9.81	18.23	114	732.05	732.34
64	10.62	19.61	115	771.34	771.59
65	11.52	21.10	116	812.35	812.54
66	12.50	22.72	117	855.90	856.04
67	13.59	24.52	118	896.58	896.68
68	14.80	26.49	119	939.06	939.11
69	16.12	28.66	120	1000.00	1000.00
70	17.61	31.11			

Esta tabla se basa en el Commissioner's 2001 Standard Ordinary Mortality Table (EEUU).

**TABLA DE PORCENTAJES PARA EL CÁLCULO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO**

*Los porcentajes mostrados en las tablas se basan en la edad del asegurado en la fecha de su último cumpleaños*

<i>EDAD CUMPLIDA</i>	<i>PORCENTAJE</i>	<i>EDAD CUMPLIDA</i>	<i>PORCENTAJE</i>	<i>EDAD CUMPLIDA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
1	250	34	250	67	118
2	250	35	250	68	117
3	250	36	250	69	116
4	250	37	250	70	115
5	250	38	250	71	113
6	250	39	250	72	111
7	250	40	250	73	109
8	250	41	243	74	107
9	250	42	236	75	105
10	250	43	229	76	105
11	250	44	222	77	105
12	250	45	215	78	105
13	250	46	209	79	105
14	250	47	203	80	105
15	250	48	197	81	105
16	250	49	191	82	105
17	250	50	185	83	105
18	250	51	178	84	105
19	250	52	171	85	105
20	250	53	164	86	105
21	250	54	157	87	105
22	250	55	150	88	105
23	250	56	146	89	105
24	250	57	142	90	105
25	250	58	138	91	104
26	250	59	134	92	103
27	250	60	130	93	102
28	250	61	128	94	101
29	250	62	126	95	100
30	250	63	124	y más	
31	250	64	122		
32	250	65	120		
33	250	66	119		

**DEJADO EN BLANCO A  
PROPOSITO**



## 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.

### Aditamentos opcionales

Son coberturas opcionales que el Asegurado puede adquirir mediante el pago de la prima adicional que corresponda y estarán vigentes si aparecen en la página de datos de esta póliza.

Los aditamentos opcionales son:

1. Muerte Accidental.
2. Exoneración de Cargos Mensuales por Incapacidad Total.
3. Renta Familiar.
4. Seguro Adicional sobre el Asegurado Principal.
5. Incapacidad Total y Permanente.

### 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.

El incumplimiento de los plazos establecidos en la póliza de seguros por parte del tomador del seguro, la persona asegurada o beneficiaria no conllevará efecto adverso alguno a sus intereses económicos derivados

de su solicitud de indemnización, salvo el atraso en su gestión administrativa. En todo caso, la pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

**Valoración**

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor a ser indemnizado al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes.

Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de acuerdo se estará a lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución que plantea el ordenamiento jurídico.

**Jurisdicción y asuntos legales**

La exclusiva jurisdicción aplicable a cualquier asunto que se origine de esta Póliza así como cualquier asunto relacionado con la Solicitud, declaraciones fácticas hechas y/o denegación de reclamaciones será la de los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. La Aseguradora y el Asegurado cubierto por esta Póliza por este medio expresamente acuerdan someterse a juicio ante un juez de derecho en toda acción jurídica que se origine directa o indirectamente de esta Póliza. No obstante, previo acuerdo podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta póliza. La Aseguradora y el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes paguen sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el Español, aunque se le haya proporcionado al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

**Reporte anual**

Le enviaremos una vez al año un reporte que incluirá los siguientes datos:

1. el período al cual corresponde el reporte;
2. el valor acumulado correspondiente al período anterior y el correspondiente al período actual;
3. el beneficio por fallecimiento que corresponde al período actual;

4. el valor efectivo al finalizar el período actual;
5. el saldo de los préstamos sobre la póliza, si los hubiere, al finalizar el período actual;
6. primas pagadas desde el último reporte;
7. intereses acreditados desde el último reporte;
8. liquidaciones parciales efectuadas desde el último reporte; y
9. cargos deducidos desde el último reporte.

### **Proyección de beneficios y valores**

Le suministraremos una proyección de los futuros beneficios por fallecimiento y de los valores de la póliza, en cualquier momento en que usted así nos lo solicite por escrito. Por este servicio le cargaremos una cuota determinada por nosotros.

### **Notificaciones y reportes**

Se entenderá que todas las notificaciones y reportes que enviemos han sido entregadas a las personas que tienen derecho a recibirlas cuando los enviemos por correo a su última dirección postal que aparezca en nuestros archivos.

### **Casa matriz**

La dirección de nuestra Casa Matriz es 8950 SW 74th Court, Miami, Florida 33156.

### **Sucursal**

La dirección de nuestra sucursal es San José, San Rafael de Escazú, edificio BMI frente al Hospital CIMA.

## **TITULARIDAD Y BENEFICIARIOS**

### **Titular de póliza**

Si el asegurado es una persona distinta del tomador del seguro se requerirá el consentimiento escrito del primero en la solicitud de seguro. En caso de que la persona asegurada sea un menor de edad será necesaria la autorización, por escrito, de sus padres, representantes legales o tutores.

La designación, revocación y sustitución de la persona beneficiaria puede ser hecha solo por la persona asegurada, quien no podrá transferir ni delegar este derecho ni siquiera al tomador del seguro.

El asegurado puede ejercer todos los derechos y privilegios concedidos por esta póliza. Dichos derechos comprenderán:

1. tomar préstamos sobre la póliza;
2. liquidar totalmente la póliza;
3. liquidar parcialmente la póliza;
4. ejercer todos los demás derechos que la póliza le concede.

Todos los derechos del asegurado están sujetos al consentimiento de cualquier beneficiario que haya sido irrevocablemente designado.

### **Beneficiario**

El beneficiario recibirá el beneficio de esta póliza que sea pagadero por el fallecimiento del asegurado. A menos que se haya designado un nuevo beneficiario, el beneficiario designado en la solicitud será el que recibirá el beneficio. Si se designan dos o más beneficiarios se entenderá que el pago correspondiente por esta póliza y cualquiera de sus beneficio será en partes iguales o menos que se designe lo contrario.

Si no se ha designado un beneficiario, o si los beneficiarios designados han fallecido antes que el asegurado, el beneficio se pagará a los sucesores legales declarados.

Nos reservamos el derecho de verificar la identidad, edad, sexo o cualquier factor relativo de cualquier beneficiario. A menos que hay sido indicado de otra manera, si dos o más personas son beneficiarios, aquellos que sobrevivan al asegurado serán pagados en partes iguales.

En cuanto a la designación de beneficiarios serán de aplicación las normas contenidas en la Ley N° 8956 Reguladora del Contrato de Seguros.

### **“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.

### Moneda

Se entenderá que en todas las transacciones con la póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de América. Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la póliza, el tomador podrá pagar según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el banco o institución en que lo efectúe. Si el pago no se realiza en una entidad financiera, se aplicará el tipo de cambio de venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente para el día en que se realiza el pago.

### 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 exámen 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

La rehabilitación será efectiva en el primer día del mes de la póliza que coincida con la fecha en que aprobemos dicha rehabilitación, o que caiga inmediatamente después de la aprobación.

El valor acumulado en la fecha de efectividad de rehabilitación será igual al valor acumulado al principio del período de gracia antes de la caducidad de la póliza, menos dos cargos mensuales, en la fecha de caducidad, tal como se define en la sección de valores de la póliza.

Si la póliza ha estado en vigor por dos años durante la vida del asegurado, sólo podrá impugnarse con relación a las declaraciones contenidas en la solicitud de rehabilitación.

Si la rehabilitación ocurre después del décimo aniversario de la fecha de emisión original, la prima requerida de rehabilitación será igual a la que sea mayor entre a. o b. dividido entre uno menos el cargo por gastos correspondiente al año de la póliza durante el cual ocurre la rehabilitación.

- a. el cargo por liquidación previamente definido, menos el valor acumulado previamente definido, más el importe de dos cargos mensuales, en el momento de la rehabilitación; o

- b. el importe de dos cargos mensuales en el momento de la rehabilitación.

Si la rehabilitación tiene lugar antes del décimo aniversario de la fecha de emisión original, la prima requerida de rehabilitación será igual a la que sea menor entre las dos cantidades siguientes:

- (a) la prima de rehabilitación, previamente definida;
- (b) la prima mínima mensual, multiplicada por el número de meses transcurridos desde la fecha de emisión original hasta la fecha de rehabilitación, más la cuantía de cualquier liquidación parcial anterior a la caducidad de la póliza, más las primas mínimas mensuales correspondientes a dos meses adicionales, menos el total de las primas que se nos haya abonado con anterioridad a la caducidad de la póliza.

**VALORES DE LA POLIZA**

Para todos los valores garantizados de esta póliza la Compañía notificará por escrito al Tomador y al asegurado, al menos una vez al año las modificaciones que pudieran sufrir dichos valores.

**Valor acumulado**

El valor acumulado en la fecha de la póliza es igual a las primas pagadas menos el importe del cargo por gastos y menos el cargo mensual por el primer mes de la póliza.

El valor acumulado en el primer día de cualquier mes de la póliza que no coincida con la fecha de la póliza será igual a (a) más (b), menos (c), menos (d) entendiéndose que:

- (a) es el valor acumulado en el primer día del mes anterior de la póliza, más los intereses de un mes;
- (b) son todas las primas recibidas a partir del primer día del mes anterior de la póliza, menos los cargos por gastos, más intereses sobre las cantidades netas desde la fecha en que se hayan recibido;
- (c) son todas las liquidaciones parciales hechas a partir del primer día del mes anterior de la póliza, más los intereses a partir de la fecha de la liquidación;
- (d) es el cargo mensual correspondiente al mes en curso de la póliza.

El valor acumulado en cualquier otra fecha se calcula de modo similar.

**Valor efectivo**

El valor efectivo es igual al valor acumulado, menos cualquier cargo de liquidación, menos los intereses en exceso restados.

La cantidad de los intereses en exceso restados es igual a los intereses en exceso acreditados durante los doce meses anteriores a la fecha de liquidación.

**Cargos de liquidación**

Los cargos de liquidación aparecen en la tabla incluida en la página de datos de la póliza. La suma asegurada inicial y todos los incrementos de la suma asegurada incurrir en dichos cargos, como se muestra en la tabla.

**Valor efectivo neto**

El valor efectivo neto es igual al valor efectivo menos el importe de cualquier deuda.

**Cargos por gastos**

Del pago de cada prima se deduce un cargo por concepto de gastos. Este cargo nunca excederá:

1. durante los primeros cinco años, el 60% de la prima objetivo, que se muestra en la página de datos, y el 25% de las primas pagadas en exceso de esa cantidad;
2. en los años 6 – 10, el 25%; y
3. de allí en adelante, el 15.0%

Nosotros determinaremos cada año el cargo por gastos, basándonos en nuestras expectativas para el futuro. Los cargos por gastos actualmente vigentes aparecen en la página de datos de la póliza.

**Cargo mensual por administración**

Un cargo mensual por administración no mayor de \$7 por mes podrá ser recaudado. Determinaremos el cargo mensual por administración para cada año basados en nuestras expectativas para el futuro.

El presente cargo mensual por administración está mostrado en la página de datos de la póliza.

**Cargo mensual**

Se deducirá un cargo mensual el primer día de cada mes de la póliza. El cargo mensual es igual a la suma de (a), (b) y (c), entendiéndose que:

- (a) es el costo del seguro;
- (b) es el costo de cualquier aditamento;
- (c) es el cargo mensual por administración.

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 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 Suppletorias**

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 P14-24-A10-403 de fecha 22 de Enero de 2013”.

## OPCIONES DE DEPÓSITO

“**Beneficiario**” se refiere en esta cláusula a la persona con derecho a recibir el importe pagadero en virtud de esta póliza.

En vez que el importe pagadero bajo esta póliza sea pagado en una sola suma, usted puede elegir que el pago, ya sea parcial o total, sea efectuado de acuerdo con una de las opciones de depósito. Esta cantidad referida como “**los beneficios**” debe ser por lo menos de \$1,000. Si los pagos mensuales de renta son menores de \$50 los convertiremos en el importe equivalente pagadero trimestral, semestral o anual.

Usted puede elegir o cambiar una opción antes del fallecimiento del asegurado. Notifique su elección o cualquier cambio a nuestra Casa Matriz o la sucursal. Si no hay una opción registrada en nuestra Casa Matriz o sucursal al fallecimiento del asegurado, el destinatario podrá elegir una opción.

**Una vez elegida una opción, el beneficiario no puede ceder ni conmutar los pagos, ni efectuar ningún otro cambio a la opción.** Las opciones de depósito no estarán disponibles a:

1. ningún tercero, a menos que sea un beneficiario en esta póliza;
2. ningún beneficiario corporativo, sociedad colectiva o fideicomisario; o
3. los albaceas o administradores de la sucesión de un destinatario.

## OPCIONES DE DEPOSITO

1. Los beneficios se pueden dejar en depósito con nosotros y se pueden efectuar retiros no menores de \$100 mediante solicitud previa. Los intereses se pagarán anual, semestral, trimestral o mensualmente, según se haya convenido con nosotros en el momento de la elección.
2. Los beneficios se pueden dejar en depósito con nosotros para ser pagados a plazo por el importe y la frecuencia convenidos con nosotros en el momento de la elección. Continuaremos tales pagos hasta que el principal y los intereses se hayan pagado.

Al elegir una de estas opciones, todo importe dejado en depósito al fallecimiento del beneficiario se pagará en una sola suma a los albaceas o administradores de la sucesión de ese destinatario.

Pagaremos intereses sobre los beneficios dejados en depósito con nosotros a una tasa determinada por nosotros y que puede variar. Garantizamos que esta tasa será por lo menos el 3% anual, compuesto anualmente.

**DEJADO EN BLANCO A  
PROPOSITO**

**POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL**

Emitida por



**BEST MERIDIAN**  
**INSURANCE COMPANY**

Sociedad Anónima

Casa Matriz  
**8950 SW 74 Ct.**  
**Miami, FL 33156 USA**

Sucursal

**San José, San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA**

**POLIZA AJUSTABLE DE SEGURO DE VIDA CON PRIMA FLEXIBLE**

Seguro pagadero al fallecimiento del asegurado mientras la póliza se encuentre vigente. Primas flexibles pagaderas durante la vida del asegurado hasta los 120 años de edad

BENEFICIO POR FALLECIMIENTO AJUSTABLE

POLIZA SIN DERECHO DE PARTICIPACION

POLIZA SIN DERECHO A DIVIDENDOS

CONTRATO DE ADHESION

PARA OBTENER INFORMACION O HACER PREGUNTAS RELACIONADAS A LA POLIZA, SIRVASE LLAMAR AL  
(305) 443-2898 o al (506) 2228-5134 Costa Rica.

# **ADITAMENTOS OPCIONALES**

**SUJETO A PAGO DE PRIMA ADICIONAL**

**VIGENTES SI APARECEN EN LA  
PÁGINA DE DATOS DE ESTA PÓLIZA**

## BENEFICIO DE EXONERACION DE CARGOS MENSUALES POR INCAPACIDAD TOTAL

Este aditamento es parte de la póliza si:

1. aparece en la página de datos de la póliza, y
2. ha sido solicitado por escrito.

Los beneficios contemplados en este aditamento están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este aditamento disponga otra cosa.

### Definiciones

Bajo las condiciones de este aditamento:

**Lesión** se refiere a lesiones corporales accidentales que ocurran mientras este aditamento esté en vigor.

**Enfermedad** se refiere a una enfermedad o dolencia que se manifieste por primera vez mientras este aditamento esté en vigor.

**Incapacidad Total** se refiere a la incapacidad del asegurado debido a lesión o enfermedad:

- a) para desempeñar su trabajo regular durante los primeros 24 meses de cualquier período ininterrumpido de incapacidad total;
- b) para desempeñar cualquier ocupación remunerada para la cual él esté razonablemente preparado por su educación, entrenamiento o experiencia, después de transcurridos los primeros 24 meses de cualquier período ininterrumpido de incapacidad total.

### Beneficios

Nosotros exoneraremos la deducción de los cargos mensuales que vencen bajo esta póliza, en la forma descrita a continuación, cuando recibamos una declaración del médico personal o de cabecera del asegurado de que:

- a) el asegurado ha quedado totalmente incapacitado, estando en vigor este aditamento, y
- b) la incapacidad total se haya mantenido por lo menos durante seis meses consecutivos

Exoneraremos cada uno de los cargos mensuales que vencen después del comienzo de la incapacidad total y mientras ésta se prolongue.

La exoneración de los cargos mensuales que se contempla en este aditamento no reducirá los beneficios que sean pagaderos bajo los términos de esta póliza.

### Excepciones

**Nosotros no exoneraremos la deducción de los cargos mensuales si la incapacidad total es el resultado de, o ha tenido como causa contributiva:**

1. la guerra, ya sea declarada o no, o cualquier acto relacionado con la misma;
2. la participación voluntaria en motines o desórdenes civiles.

**Será también una causal de exclusión de este aditamento, y por lo tanto no calificará para recibir el beneficio, si al momento en que acontece la Incapacidad Total y Permanente el Asegurado no se encontraba ejerciendo activamente las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentre razonablemente calificado a base de su educación, instrucción, entrenamiento o experiencia. Esto incluye pero no se limita a pensión por vejez, retiro voluntario o jubilación.**

### Prueba de Incapacidad Total

La prueba escrita de incapacidad total debe someterse a nuestra Casa Matriz o al establecimiento comercial de la sucursal:

- a) en vida del asegurado;
- b) mientras el asegurado se encuentre totalmente incapacitado.

**El incumplimiento de los plazos establecidos en la póliza de seguros por parte del tomador del seguro, la persona asegurada o beneficiaria no conllevará efecto adverso alguno a sus intereses económicos derivados de su solicitud de indemnización, salvo el atraso en su gestión administrativa. En todo caso, la pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.**

Si la prueba de incapacidad total no se somete con sujeción a los requisitos que acaban de enumerarse, la reclamación no será válida. No obstante,



procesaremos tal reclamación si se nos demuestra, que no fue razonablemente posible presentar dicha prueba durante el lapso especificado. Después de la aprobación inicial de una reclamación, nosotros requeriremos prueba escrita, periódicamente, de que el asegurado continua totalmente incapacitado. Si tal prueba no se nos somete cuando la solicitamos, consideraremos que el asegurado ha cesado de estar totalmente incapacitado a partir de la fecha en que formulamos nuestra petición.

#### **Derecho de Examen Médico**

Nos reservamos el derecho de hacer que el asegurado sea examinado por un médico seleccionado por nosotros.

#### **Expiración**

Este aditamento terminará: (1) cuando nosotros recibamos su solicitud por escrito, o (2) a la terminación de la póliza, o si el Asegurado cesa su ocupación a tiempo completo, lo que ocurra primero.

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 registro P14-24-A10-403 de fecha 22 de Enero de 2013.



  
PRESIDENT

PARA OBTENER INFORMACION O HACER PREGUNTAS RELACIONADAS A LA  
POLIZA SIRVASE LLAMAR AL (506) 2228-6032 ó (305) 443-2898

## BENEFICIOS DE MUERTE ACCIDENTAL

Este aditamento forma parte de la póliza si:

1. aparece en la página de datos de la póliza; y
2. ha sido solicitado por escrito

Los beneficios estipulados en este aditamento están sujetos a los términos de la póliza, excepto cuando en este aditamento se indique lo contrario.

### Condiciones de Pago

Pagaremos beneficios por muerte accidental, según aparece en la página de datos de la póliza, si se nos suministra prueba de que el fallecimiento del asegurado resultó a causa de lesiones físicas, recibidas accidentalmente, sin la concurrencia de ninguna otra causa o causas:

1. mientras esté en vigor este aditamento; y
2. dentro de los 90 días siguientes a la fecha de tales lesiones.

### Excepciones

**No pagaremos beneficios por muerte accidental si el fallecimiento del asegurado tiene como causa única o concomitantemente:**

1. el suicidio, estando o no en uso de sus facultades mentales;
2. la comisión o la tentativa de cometer un asalto;
3. la comisión o la tentativa de cometer cualquier delito;
4. la guerra, sea declarada o no, o cualquier acto relacionado con ella;
5. la participación voluntaria en cualquier disturbio o desorden civil;

**6. el viaje en una nave aérea si:**

- (a) el asegurado es miembro de la tripulación;
- (b) el vuelo se realiza con propósito de instrucción, prueba o entrenamiento; o
- (c) el vuelo se realiza en cualquier nave de la fuerza militar, naval o aérea.

**7. una enfermedad o indisposición de cualquier clase;**

**8. la ingestión voluntaria de:**

- (a) cualquier droga, a menos que sea tomada por receta de un médico licenciado;
- (b) cualquier sustancia venenosa.

**9. la inhalación voluntaria de gases, excepto como resultado de un accidente relacionado con la ocupación del asegurado.**

### Terminación

Este aditamento cesará de estar en vigor:

1. si la póliza termina; o
2. a solicitud suya por escrito.

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 registro P14-24-A10-403 de fecha 22 de Enero de 2013.



  
PRESIDENT

PARA OBTENER INFORMACION O HACER PREGUNTAS RELACIONADAS A LA POLIZA  
SIRVASE LLAMAR AL (506) 2228-6032 ó (305) 443-2898

## ADITAMENTO DE RENTA FAMILIAR

Este aditamento forma parte de la póliza si:

1. se indica en la página de datos de la póliza; y
2. se ha solicitado por escrito.

Los beneficios contemplados en este aditamento están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este aditamento disponga otra cosa.

### Beneficios

La Compañía pagará los beneficios de renta familiar especificados en la página de datos de la póliza, después de haber recibido en su Casa Matriz o en el establecimiento de la sucursal, la prueba de que el asegurado de este aditamento falleció mientras esta póliza y este aditamento estuvieron en vigor.

### Beneficiario

El beneficiario que recibirá los beneficios pagaderos bajo este aditamento será aquel que sea designado en la solicitud, a menos que se disponga de otra manera. Si el beneficiario fallece antes del fin del período de renta especificado en la página de datos de la póliza, cualesquiera pagos faltantes se pagarán al beneficiario secundario, si lo hubiere. Si no hay beneficiario secundario, el valor presente de cualesquier pagos faltantes se pagará en una sola suma a los albaceas o administradores de la sucesión del beneficiario.

### Tasa del costo de seguro

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.

### Beneficio de exoneración de los cargos mensuales

Si se emite el beneficio de exoneración de cargos mensuales con la póliza, el costo de seguro exonerado incluirá el costo de seguro de este aditamento.

### Declaración incorrecta de la edad o del sexo

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 la 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.

### 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 la 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

**Si el asegurado fallece por suicidio, estando o no en el uso de sus facultades mentales, dentro de los dos años siguientes a la fecha efectiva de este aditamento, nuestra única responsabilidad estará limitada al costo del seguro correspondiente a este aditamento.**

### Contestabilidad del aditamento

Nosotros podemos impugnar la validez del aditamento si cualquier declaración o respuesta en la solicitud falsea cualquier hecho relevante con relación al seguro. Sin embargo, si el aditamento ha estado en vigor durante la vida del asegurado por dos años a partir de la fecha de emisión o de rehabilitación, nosotros no podemos impugnarlo a menos que exista falta de pago de primas.

### Terminación

Este aditamento terminará cuando termine la póliza, o si usted así lo solicita por escrito.

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 registro P14-24-A10-403 de fecha 22 de Enero de 2013.



PARA OBTENER INFORMACION O HACER PREGUNTAS RELACIONADAS A LA POLIZA  
SIRVASE LLAMAR AL (506) 2228-6032 ó (305) 443-2898

## ADITAMENTO DE SEGURO ADICIONAL SOBRE EL ASEGURADO PRINCIPAL

Este aditamento forma parte de la póliza si:

1. se indica en la página de datos de la póliza; y
2. se ha solicitado por escrito.

Los beneficios contemplados en este aditamento están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este aditamento disponga otra cosa.

### Beneficios

La Compañía pagará el beneficio adicional especificado en la página de datos de la póliza, después de haber recibido en su Casa Matriz o el establecimiento de la sucursal la prueba de que el asegurado de este aditamento falleció mientras esta póliza y este aditamento estuvieron en vigor.

### Beneficiario

El beneficiario que recibirá los beneficios pagaderos bajo este aditamento será aquel que sea designado en la solicitud, a menos que se disponga de otra manera.

### Tasa del costo de seguro

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.

### Beneficio de exoneración de los cargos mensuales

Si se emite el beneficio de exoneración de cargos mensuales con la póliza, el costo de seguro exonerado incluirá el costo de seguro de este aditamento.

### 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 la 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 la 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**

**Si el asegurado fallece por suicidio, estando o no en el uso de sus facultades mentales, dentro de los dos**

**años siguientes a la fecha efectiva de este aditamento, nuestra única responsabilidad estará limitada al costo del seguro correspondiente a este aditamento.**

#### **Contestabilidad del aditamento**

Nosotros podemos impugnar la validez del aditamento si cualquier declaración o respuesta en la solicitud falsea cualquier hecho relevante con relación al seguro. Sin embargo, si el aditamento ha estado en vigor durante la vida del asegurado por dos años a partir de la fecha de emisión o de rehabilitación, nosotros no podemos impugnarlo a menos que exista falta de pago de primas.

#### **Terminación**

Este aditamento terminará cuando termine la póliza, o si usted así lo solicita por escrito.

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 registro P14-24-A10-403 de fecha 22 de Enero de 2013.



PARA OBTENER INFORMACION O HACER PREGUNTAS RELACIONADAS A LA POLIZA  
SIRVASE LLAMAR AL (506) 2228-6032 ó (305) 443-2898

## ADITAMENTO DE INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este aditamento es parte de la póliza si:

1. aparece en la página de datos de la póliza, y
2. ha sido solicitado por escrito.

Los beneficios contemplados en este aditamento están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este aditamento disponga otra cosa.

### DEFINICIONES

Para los efectos de este aditamento:

**Lesión:** Es el daño o detrimento corporal que causa pérdida, inutilidad o funcionamiento anormal de un miembro, órgano o tejido, que incapacita para trabajar, y que ha sido producido por un accidente que ocurre mientras este aditamento está en vigor.

**Enfermedad:** Es una dolencia o desorden funcional que requiere el tratamiento de un médico autorizado y que se manifiesta por primera vez mientras este aditamento está en vigor.

**Accidente:** Salvo por las exclusiones estipuladas en el presente contrato, se entiende por accidente, aquel suceso externo, imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de este aditamento, que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas, lesiones e indemnizaciones amparadas en el mismo.

**Incapacidad Total y Permanente:** Para efectos del presente aditamento se entiende por Incapacidad Total y Permanente cuando el Asegurado a causa de enfermedad o accidente queda imposibilitado de manera total, permanente e irreversible para ejercer todas y cada una de las ocupaciones o empleos remunerables para los cuales esté razonablemente calificado a base de su educación, instrucción, entrenamiento o experiencia.

### BENEFICIO

La Compañía pagará la Suma Asegurada de este aditamento indicada en la página de datos de la póliza si el Asegurado queda incapacitado de manera total y permanente.

Efectuaremos el pago cuando recibamos una declaración del médico personal o de cabecera del Asegurado de que:

- a) el Asegurado ha quedado totalmente incapacitado, estando en vigor este aditamento, y
- b) la incapacidad total se ha mantenido por lo menos durante ciento ochenta (180) días consecutivos.

El beneficio que se contempla en este aditamento no reducirá los beneficios que sean pagaderos bajo los términos de esta póliza.

### EXCLUSIONES

**Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, este aditamento no cubre la incapacidad que resulte de, o sea causada directa o indirectamente, completa o parcialmente, por:**

- a. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión autoinfligida o accidente deliberado, esté o no en uso de sus facultades mentales.
- b. Homicidio o su tentativa.
- c. Enfermedad mental de cualquier tipo.
- d. Lesiones a consecuencia del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, estando o no en uso de sus facultades mentales.
- e. Participación en delitos o infracciones a las leyes o reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
- f. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga,

conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier aditamento que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.

- g. Servicio activo en las fuerzas armadas, policía, empresas de seguridad o cuerpos de bomberos.
- h. Transporte en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.
- i. Accidentes en que el Asegurado se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas o motonetas.
- j. Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo, motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.
- k. Intervención en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.
- l. Participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.

m. Accidentes sufridos por el Asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos "x", o choques eléctricos etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente aditamento.

Será también una causal de exclusión si al momento en que acontece la Incapacidad Total y Permanente el Asegurado no se encontraba ejerciendo activamente las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en base a su educación, instrucción, entrenamiento o experiencia. Esto incluye pero no se limita a pensión por vejez, retiro voluntario o jubilación.

#### **PRUEBA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

La prueba escrita de incapacidad total y permanente debe someterse a nuestra Casa Matriz o al establecimiento comercial de la sucursal:

- a) en vida del Asegurado;
- b) mientras el Asegurado se encuentre totalmente incapacitado.

La Compañía pagará el beneficio bajo este aditamento una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

1. Aviso de siniestro,
2. Copia de cédula,
3. Historia clínica del Asegurado,
4. Certificado del médico tratante, detallando causas, fechas y tiempo de la incapacidad.
5. Informe del médico auditor designado por la Compañía certificando la incapacidad.
6. Última Orden Patronal emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social, o Contrato de Servicios Profesionales vigente.
7. Constancia de Incapacidad Total y Permanente emitida por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), o



Certificado Médico emitido por un profesional autorizado por la compañía que indique el nivel de incapacidad.

El incumplimiento de los plazos establecidos en la póliza de seguro por parte del tomador, o de la persona asegurada o beneficiaria, no conllevará efecto adverso alguno en su reclamación de indemnización, salvo el atraso en su gestión administrativa. En todo caso, la pérdida del derecho a indemnización sólo se producirá en el supuesto que haya dolo o culpa grave.

Si la prueba de incapacidad total y permanente no se somete con sujeción a los requisitos que acaban de enumerarse, la reclamación no será válida. No obstante, procesaremos tal reclamación si se nos demuestra, que no fue razonablemente posible presentar dicha prueba durante el lapso especificado.

#### **EXAMEN MEDICO**

Nos reservamos el derecho de hacer que el Asegurado sea examinado por un médico seleccionado por nosotros.

#### **TERMINACION**

Este aditamento terminará: (1) cuando nosotros recibamos su solicitud por escrito, o (2) a la terminación de la póliza, o (3) cuando sea pagado el Beneficio, o (4) si el Asegurado cesa su ocupación a tiempo completo, lo que ocurra primero.

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 registro P14-24-A10-403 de fecha 22 de Enero de 2013.



Anthony J. ...  
PRESIDENT

PARA OBTENER INFORMACION O HACER PREGUNTAS RELACIONADAS A LA POLIZA,  
SIRVASE LLAMAR AL (305) 443-2898 o al (506) 2228-5134 Costa Rica.



# BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

## SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

### PARTE A

#### 1. INFORMACION PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellido/Nombre		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso <b>afirmativo</b> favor indicar número de seguro social _____ - _____				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)			
Dirección de Correo Electrónico			Dirección Postal <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> 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 \$		<input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> No Fumador <input checked="" type="checkbox"/> Iniciales _____	
Para Pólizas de Vida Universal - Opción A será automáticamente seleccionada si usted no hace su selección. <input type="checkbox"/> Opción A - Suma Asegurada <input type="checkbox"/> Opción B - Suma Asegurada más Valor Acumulado		Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otro		Prima Programada  US \$	
Seleccione Término del Contrato (solo para el Plan T95) <input type="checkbox"/> 5 Años <input type="checkbox"/> 10 Años <input type="checkbox"/> 15 Años <input type="checkbox"/> 20 Años <input type="checkbox"/> 30 Años					
Fuente de Ingresos					

#### 4. ADITAMENTOS OPCIONALES

<input type="checkbox"/> Beneficio por Muerte Accidental – Cantidad US \$ _____		<input type="checkbox"/> Exoneración de Primas/Cargos Mensuales	
<input type="checkbox"/> Devolución de Primas (solo para T95 de 20 ó 30 años)		<input type="checkbox"/> Beneficio por Incapacidad Total y Permanente – Cantidad US \$ _____	
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro - Favor indicar Plan y Cantidad _____			
<input type="checkbox"/> Renta Familiar: Cantidad US \$ _____		<input type="checkbox"/> 10 Años <input type="checkbox"/> 20 Años	
<input type="checkbox"/> Seguro Adicional sobre Asegurado Principal: Cantidad US \$ _____			

#### 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

Sí (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)	Fecha de Nacimiento	Número de Identificación	Parentesco	%
B. Contingente(s)	Fecha de Nacimiento	Número de Identificación	Parentesco	%

### 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 <b>afirmativo</b> especifique cual y complete el <b>questionario correspondiente</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha viajado o piensa viajar fuera de su país durante los próximos dos años?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un crimen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 <b>afirmativo</b> , favor detallar a continuación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha servido o piensa servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar durante los próximos dos años?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Durante los últimos doce meses, ¿ha fumado usted cigarrillos o ha usado otros productos derivados del tabaco?..... En caso <b>afirmativo</b> , favor indicar cual producto y que cantidad.		
a. <input type="checkbox"/> Cigarrillos _____		
b. <input type="checkbox"/> Tabaco _____		
c. <input type="checkbox"/> Parche o Chicle de Nicotina _____		
d. <input type="checkbox"/> Pipa _____		
e. <input type="checkbox"/> Mastica Tabaco _____		
f. <input type="checkbox"/> Otro _____		
C. Durante los últimos diez años, ¿ha usado usted cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos u otras sustancias controladas?..... En caso <b>afirmativo</b> , favor completar el <b>questionario de "Uso de Drogas"</b>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Consumo bebidas alcohólicas?..... En caso <b>afirmativo</b> favor indicar la cantidad que toma y con qué frecuencia _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 MIB, Inc. 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      En caso <b>afirmativo</b> : <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> 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?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Deformidad, cojera, o amputación?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Está usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años, usted:</b>		
m. ¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Para mujeres solamente.</b>		
a. ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses tiene de embarazo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, MIB, Inc. o agencia de información sobre el consumidor que posea datos o conocimiento de mi o de mi salud referentes al diagnóstico, tratamiento o pronosis 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 a MIB, Inc. 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 \_\_\_\_\_

(Si no es el Asegurado Propuesto)



# BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

## SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

### PARTE C

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al asegurado propuesto? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al titular de la póliza? \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo conoce al asegurado propuesto?       Muy Bien       No Muy Bien       Recién Conocido
4. ¿Quién inició los trámites para este seguro?       El Agente       Asegurado Propuesto       Titular de Póliza
5. ¿Cuál es el propósito de este seguro? \_\_\_\_\_
6. ¿Sabe algo sobre la salud, pasatiempos o estilo de vida que pueda afectar la asegurabilidad del asegurado propuesto?       Sí       No  
En caso **afirmativo**, favor explicar a continuación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Reemplazará el seguro solicitado cualquier otro seguro?       Sí       No
8. Ingreso anual del asegurado propuesto US \$ \_\_\_\_\_
9. Fuente de ingreso \_\_\_\_\_
10. Cantidad de seguro en vigor sobre la vida del cónyuge y/o socio US \$ \_\_\_\_\_
11. Si el cónyuge no está asegurado, explique por qué \_\_\_\_\_
12. ¿Dio la notificación referente a MIB, Inc.?       Sí       No
13. ¿Si aplica, dio el recibo condicional al titular de póliza?       Sí       No
14. ¿Vio personalmente al asegurado propuesto, le hizo cada una de las preguntas en esta solicitud y anotó las respuestas correctamente?       Sí       No

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

Firma del Agente \_\_\_\_\_  
Agente local autorizado, si la ley lo exige

Nombre del Agente \_\_\_\_\_      Código del Agente \_\_\_\_\_      No. de Licencia de la Florida \_\_\_\_\_  
(En letra de molde)

Nombre/Código del Agente General, si lo hubiese \_\_\_\_\_

## REQUISITOS SOMETIDOS CON ESTA SOLICITUD

Prueba de Saliva

Perfil de Sangre Completo

Mini Perfil de Sangre

Examen Médico

EKG

Prueba de Esfuerzo

Radiografía de Tórax

Examen de Orina

Reporte Financiero

Suplemento Pólizas Grandes

Fotocopia de Cédula/Pasaporte

Otro(s)



DEJADO EN BLANCO A PROPOSITO



# BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

## AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO Y PAGO MEDIANTE CHEQUE

Por este medio me comprometo a mantener fondos suficientes en la cuenta o tarjeta indicada en este documento para soportar los cargos aquí autorizados durante la vigencia de mi contrato de seguros, los cuales podrán hacerse hasta cinco días antes del vencimiento del pago de la prima. Asimismo me comprometo a comunicar a Best Meridian Insurance Company cualquier cambio en el número de tarjeta. Estoy informado de que el monto de las primas, y por tanto, el monto de los cargos a efectuar puede variar por modificaciones realizadas por la aseguradora a los contratos de seguro, por lo que autorizo expresamente su cargo. En caso de cambio de tarjeta, autorizo a Best Meridian Insurance Company para que se cargue el monto correspondiente a la nueva tarjeta. Entiendo y acepto que si Best Meridian Insurance Company no puede realizar los cargos a la cta. o tarjeta reportada, el seguro puede ser cancelado por falta de pago. En dicho caso libero a Best Meridian Insurance Company de cualquier tipo de responsabilidad por el cobro del seguro, y será mi responsabilidad comunicar a Best Meridian Insurance Company otro medio de pago del seguro.

**EN CASO DE PAGO MEDIANTE CHEQUE ESTE NO SE HACE EFECTIVO HASTA LA APROBACIÓN DEL RIESGO POR LO QUE SE ENTIENDE QUE EL SEGURO NO HA SIDO PAGADO, NI HA SIDO ACEPTADO EL RIESGO POR BMI HASTA TANTO DICHO CHEQUE SEA CAMBIADO.**

**AUTORIZO a Best Meridian Insurance Company cargar la prima del seguro a mi tarjeta número: \_\_\_\_\_**

Firma del Asegurado Propuesto \_\_\_\_\_

Firma del Titular de Póliza \_\_\_\_\_

✂-----

## BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY NOTIFICACION REFERENTE A MIB, Inc.

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante, nosotros o nuestros reaseguradores podemos presentar un breve informe a MIB, Inc. MIB, Inc. es una asociación de compañías de seguro de vida, sin fines lucrativos, cuya función es permitir el intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita un seguro de vida o salud, o si radica una reclamación a otra compañía miembro, MIB, Inc. suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente, de así solicitarse. Nosotros, o nuestros reaseguradores, también podemos suministrar la información contenida en su expediente, de así solicitarse. Nosotros o nuestros reaseguradores, también podemos suministrar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguro de vida a las cuales usted solicite cobertura o radique una reclamación de beneficios. Usted puede solicitar que MIB, Inc. revele cualquier información que pueda tener en su expediente. Usted también puede solicitar a MIB, Inc. que corrija cualquier información contenida en su expediente que usted considere incorrecta. La dirección de MIB, Inc. es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734. Teléfono (781) 751-6000. **En cumplimiento del artículo 6 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros de la República de Costa Rica, se hace saber que La Compañía mantiene con MIB, Inc. contratos de confidencialidad para proteger la información de los asegurados.**

**( ) Marcando en esta casilla usted REVOCA el consentimiento a BMI para que vuelva a suministrar 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.**

***“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 los registros número P14-24-A10-373 de fecha 13 de agosto de 2012, P14-24-A10-403 de fecha 22 de enero de 2013 y P14-25-A10-432 de fecha 17 de abril de 2013.

**DEBE ENTREGARSE AL ASEGURADO PROPUESTO**





**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 frente al Hospital CIMA**  
**San José, Costa Rica**  
**Tel. CR (506) 2228-6069 \* Tel. USA (786) 536-3651**