

Best Meridian Insurance Company

TERM 95

Código de producto: P14-25-A10-432
(Versión 3)

Fecha de registro V3: 23-may-14

Oficio de solicitud de registro V3: BMI-027-2014

TERM 95

POLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA

Emitida por



BEST MERIDIAN
INSURANCE COMPANY

8950 SW 74th Court
Miami, Florida 33156 USA

Sucursal

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

PRESIDENTE

Sociedad Anónima

Esta póliza es un contrato legal entre el Tomador de póliza y Best Meridian Insurance Company. **POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LA POLIZA.**

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.

Nosotros convenimos, con sujeción a los términos de esta póliza, en:

- Pagar al beneficiario la suma asegurada al ocurrir la muerte del asegurado;
- Proveer los otros beneficios y derechos contemplados en esta póliza.

Derecho por 30 días naturales para examinar la póliza y rectificarla

Si usted no está totalmente satisfecho con esta póliza, puede devolverla dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la haya recibido. Envíela por correo o entréguela en nuestra Casa Matriz o en las oficinas de nuestra sucursal. La póliza será cancelada y le devolveremos las primas pagadas.

SEGURO TEMPORAL RENOVABLE Y NO CONVERTIBLE

- Seguro temporal hasta la fecha de expiración indicada en la página 3;
- Póliza sin derecho de participación a dividendos;
- Primas crecientes pagaderas en la forma indicada en la página 3;
- Suma asegurada pagadera al fallecimiento del asegurado en o antes de la fecha de expiración.

Cláusulas Generales	4
Cantidad pagadera al ocurrir el fallecimiento del asegurado.....	2
Beneficiario.....	6
Reclamaciones.....	7
Contrato.....	4
Divisa y lugar del pago.....	4
Período de gracia.....	5
Indisputabilidad de la póliza.....	7
Jurisdicción y asuntos legales.....	4
Caducidad y Terminación.....	5
Fraccionamiento de primas.....	5
Declaración incorrecta de la edad o del sexo.....	8
Declaración incorrecta de la condición de fumador.....	8
Carácter no participativo.....	8
Otras exclusiones.....	8
Titularidad.....	6
Pago de primas.....	4
Rehabilitación de la póliza.....	5
Exclusión por suicidio.....	7
Nulidad del Contrato por declaración falsa.....	9
Deber de confidencialidad.....	9
Prevención de legitimación de capitales.....	9
Prescripción.....	9
Normas supletorias.....	9
Aditamentos (si los hubiere).....	después de la página 9

DEFINICIONES

Siempre que en esta póliza se use la palabra “**edad**”, la misma se refiere a la edad alcanzada por el asegurado en su último cumpleaños, con relación a la fecha de la póliza.

CANTIDAD PAGADERA AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

De acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, la cantidad pagadera al ocurrir el fallecimiento del asegurado será igual a la suma asegurada, aumentada por:

- (a) cualquier beneficio adicional que pudiere ser pagadero, agregado por un aditamento; y
- (b) cualquier porción de una prima pagada por un período que se extienda más allá del mes de la póliza durante el cual ocurrió el fallecimiento del asegurado;

y disminuida por cualquier prima vencida y no satisfecha en la fecha del fallecimiento del asegurado.

DATOS DE LA PÓLIZA

FECHA DE EMISIÓN:

NÚMERO DE LA PÓLIZA:

EDAD DE EMISIÓN:

ASEGURADO:

CLASE DE RIESGO:

TOMADOR:

COMO SE INDICA EN LA SOLICITUD

BENEFICIARIO:

COMO SE INDICA EN LA SOLICITUD

SUMA ASEGURADA:

PLAN DE SEGUROS:

RENOVABLE Y NO CONVERTIBLE (5,10, 15, 20, ó 30 AÑOS)

PRIMA INICIAL ACTUAL:

PRIMA INICIAL MÁXIMA:

FECHA DE EXPIRACIÓN:

COBERTURA ADICIONAL:

**FECHA DE PAGO DE LA COBERTURA
ADICIONAL**

PRIMAS DE RENOVACIÓN:

COMENZANDO EL

PRIMA ACTUAL

PRIMA MAXIMA

TASA DE INTERÉS DE REHABILITACIÓN: 7.4% POR AÑO, COMPUESTO ANUALMENTE

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. Solo un funcionario autorizado de la Compañía podrá modificar los términos y condiciones de este contrato. Ningún agente puede modificar esta póliza ni suprimir ninguna de sus estipulaciones.

Todas las declaraciones incluidas en la solicitud se considerarán como tales declaraciones y no como garantías, excepto en casos de fraude.

Cualquier petición, notificación o prueba que se requiera bajo esta póliza debe hacerse por escrito y debe enviarse por correo o ser entregada en nuestra Casa Matriz o en las oficinas de la sucursal por las personas autorizadas para ello.

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro temporal renovable y no convertible y su temporalidad podrá ser 5, 10, 15, 20, ó 30 años, según lo seleccionado en la solicitud de seguro.

Elegibilidad

La persona que se protege por este contrato debe tener 21 años o más, al momento de la suscripción de la póliza.

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 Compañía, el Tomador 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 Compañía, el Tomador y el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes pague 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.

Divisa y lugar del pago

Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de América. Las cantidades pagaderas a nosotros o por nosotros podrán abonarse en nuestra Casa Matriz o en nuestra sucursal.

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

Las primas vencen y son pagaderas por adelantado, según aparece en la página 3. Cada prima debe ser pagada en su fecha de vencimiento.

Al vencimiento del período temporal inicial y al final de cada término subsecuente, la prima aumentará a la cantidad aplicable a los períodos de término de renovación, según aparece en la página 3. Las primas actuales son las primas en uso por la Compañía en el momento de emitir la póliza. La Compañía se reserva el derecho de incrementar estas primas, pero no pueden exceder a las primas máximas que figuran en la página 3. La Compañía notificará por escrito al tomador y al asegurado, al menos una vez al año las modificaciones que pudieran sufrir dichos valores o beneficios.

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 su prima sea

considerada pagada, ésta debe haber sido recibida en nuestra Casa Matriz, en la sucursal o bien en la cuenta bancaria que al efecto designe la Compañía y usted debe haber recibido un recibo oficial de nuestra Casa Matriz o la sucursal.

Fraccionamiento de la Prima

La prima del presente seguro podrá ser pagada en tractos mensuales, trimestrales, o semestrales, para lo cual la Compañía aplicará un recargo de conformidad con lo siguiente:

- a) El pago mensual tendrá un recargo de 9%
- b) El pago trimestral tendrá un recargo de 5%
- c) El pago semestral tendrá un recargo de 3%

Período de gracia

Concederemos un período de gracia de 31 días para el pago de todas las primas, excepto la primera. La póliza se mantendrá en vigor durante el período de gracia.

Si el asegurado fallece durante el transcurso de este período, cualquier prima vencida y no satisfecha se deducirá en la determinación de la cantidad a pagar.

Caducidad y Terminación de la Cobertura

Si la prima no ha sido pagada dentro de los plazos establecidos en esta ley, el asegurador podrá tomar una de las siguientes acciones:

- a. Dar por terminado el contrato, en cuyo caso, salvo pacto en contrario, la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora. Deberá notificar su decisión al tomador, al asegurado o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.
- b. Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el tomador se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al tomador, al asegurado o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

Se entenderá que la Compañía escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

Para el cobro en la vía ejecutiva de la prima dejada de pagar, más el interés legal o pactado, servirá de título ejecutivo la certificación del monto de la prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.

La Compañía deberá informar oportunamente su decisión al contratante, cualquiera que ella sea.

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 cancelada por el Asegurado;
- 2. la fecha del fallecimiento del asegurado;
- 3. la fecha de expiración que aparece en la página 3;
- 4. Cuando surja una causal de nulidad o disputabilidad

Rehabilitación de la póliza

Usted puede rehabilitar esta póliza dentro de los 3 años siguientes a la fecha de vencimiento de la primera prima no pagada. Para rehabilitar la póliza, nosotros requerimos:

- 1. una solicitud de rehabilitación por escrito;

2. prueba aceptable para nosotros de que el asegurado es asegurable sobre las mismas bases que se tuvieron en cuenta cuando esta póliza fue emitida, o sobre bases aceptables para nosotros que puedan resultar en una prima incrementada dependiendo de la clase de riesgo del asegurado;
3. pago de todas las primas vencidas, con sus intereses, aplicándose la tasa de interés de rehabilitación que aparece en la página 3;

Titularidad

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. Estos derechos y privilegios pueden ser limitados por:

1. cualquier restricción legal;
2. los derechos de algún beneficiario designado con carácter irrevocable; o

Beneficiario

El asegurado deberá designar en la solicitud de esta póliza a uno o más beneficiarios quien(es) recibirán la cantidad pagadera al fallecimiento del asegurado. A menos que se haya designado un nuevo beneficiario, el beneficiario designado en la solicitud será el que recibirá el beneficio.

El asegurado puede cambiar el beneficiario notificándonos por escrito. Si hubiere algún beneficiario designado con carácter irrevocable, nosotros exigiremos el consentimiento de ese beneficiario para su sustitución. Si se designan dos o más beneficiarios se entenderá que el pago correspondiente por esta póliza y cualquiera de sus beneficios será en partes iguales a menos que se designe lo contrario.

No quedaremos obligados por ninguna notificación hasta que ésta haya sido debidamente recibida por escrito en nuestra Casa Matriz o en nuestra sucursal.

Si un beneficiario (1) fallece antes del asegurado, el interés de ese beneficiario en este contrato termina con tal fallecimiento; o (2) fallece al mismo tiempo, el derecho de ese beneficiario para cualquier pago de beneficio por fallecimiento, termina como si el beneficiario hubiese fallecido antes del asegurado, por lo que el derecho de dicho beneficiario acrecentará a los demás beneficiarios designados.

Solamente aquellos beneficiarios que sobreviven al asegurado serán elegibles a compartir en el pago del beneficio por fallecimiento. Si ningún beneficiario sobrevive al asegurado, el beneficio por fallecimiento se pagará a los herederos legales de la persona asegurada.

“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.”

Indisputabilidad de la póliza

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

1. después que hayan transcurrido dos años a partir de la fecha de emisión de esta póliza;
2. después que hayan transcurrido dos años a partir de la fecha de vigencia de cualquier rehabilitación.

Si la póliza incluye aditamentos, podremos impugnar la validez de cualquier aditamento de que se trate con sujeción a los términos del mismo.

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.**

Reclamaciones

La cantidad pagadera al ocurrir el fallecimiento del asegurado se abonará cuando recibamos prueba escrita, satisfactoria para nosotros, de la reclamación.

La prueba de reclamación incluirá:

1. Certificado de defunción o fallecimiento del asegurado en donde consta la causa de la muerte expedido por el Registro Civil u autoridad competente en el país en donde ocurra el deceso.
2. Certificado de nacimiento del asegurado
3. Copia del documento de identidad del beneficiario y en caso de que éste sea menor de edad deberá aportarse certificación de nacimiento y copia del documento de identidad del padre, la madre supérstite o del tutor designado.
4. En caso de que no se haya designado beneficiarios deberá aportarse certificación notarial o resolución judicial de declaración de herederos.
5. Esta póliza.

Los documentos expedidos en el extranjero deberán estar debidamente apostillados o legalizados por el consulado respectivo.

La prueba de reclamación debe someterse a nuestra Casa Matriz o en el domicilio de la sucursal dentro de los noventa (90) días naturales siguientes al fallecimiento del asegurado. Una vez recibida la reclamación nuestra Compañía contestará la reclamación en un plazo no superior a treinta (30) días naturales. En caso de aceptarse la reclamación nosotros pagaremos la indemnización en un plazo no mayor a (30) días naturales.

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.

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 o dentro de los primeros dos años de cualquier rehabilitación, nosotros haremos un pago limitado al beneficiario. Pagaremos en una sola suma, la cantidad de todas las primas que hayamos recibido durante ese tiempo, sustrayendo el costo de cualquier aditamento.

Otras exclusiones

Los beneficios pagaderos bajo esta póliza serán limitados al pago descrito bajo la cláusula de exclusión por suicidio cuando el fallecimiento del asegurado ocurre mientras esta póliza esté en vigor y sea resultado directo de:

- **cualquier actividad de naturaleza ilegal o criminal, o la asociación con personas involucradas en dichas actividades;**
- **servicio en las fuerzas armadas o fuerzas de policía 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.

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 del 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 del 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.

Carácter no participativo

Esta póliza no tiene derecho a participar en ninguna división de superávit o utilidades de la Compañía.

Nulidad del Contrato por declaración falsa o inexacta

Con excepción de las declaraciones respecto a la edad, sexo o condición de fumador del asegurado, este contrato, así como cualesquiera de sus adendas o beneficios devendrán nulos cuando se determine que se ha declarado de forma falsa o inexacta por parte del tomador o del asegurado, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La declaración se considerará inexacta cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. 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 sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.

Prescripción

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

Normas Supletorias

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley N° 8653, Reguladora del Mercado de Seguros, la Ley N°8956, Reguladora del Contrato de Seguros, Ley N° 7472 de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, 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 P14-25-A10-432 de fecha 17 de abril de 2013.”

DEJADO EN BLANCO A PROPOSITO

POLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA
Emitida por

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

Sociedad Anónima

Casa Matriz
8950 SW 74 Court
Miami, FL 33156 USA

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

SEGURO TEMPORAL RENOVABLE Y NO CONVERTIBLE

Seguro temporal hasta la fecha de expiración mostrada en la página 3

Póliza sin derecho a dividendos

Primas crecientes pagaderas en la forma mostrada en la página 3, mientras viva el asegurado

Suma asegurada pagadera al fallecimiento del asegurado en o antes de la fecha de expiración

**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				Estado Civil			
En caso afirmativo favor indicar número de seguro social				<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 ✓ Iniciales _____	
Para Pólizas de Vida Universal - Opción A será automáticamente seleccionada si usted no hace su selección.		Forma de Pago		Prima Programada	
<input type="checkbox"/> Opción A - Suma Asegurada		<input type="checkbox"/> Anual		US \$	
<input type="checkbox"/> Opción B - Suma Asegurada más Valor Acumulado		<input type="checkbox"/> Semestral			
		<input type="checkbox"/> Otro _____			
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 afirmativo especifique cual y complete el questionario correspondiente	<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 afirmativo , 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 afirmativo , 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 afirmativo , favor completar el questionario de "Uso de Drogas"		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Consumo bebidas alcohólicas?..... En caso afirmativo 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 afirmativo : <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"/>
Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años, usted:		
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"/>
6. Para mujeres solamente.		
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

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