



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)		Pago Inicial con la Solicitud			
<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		<input type="checkbox"/> Cheque # _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito \$ _____			
_____		<input type="checkbox"/> Transferencia Bancaria \$ _____ <input type="checkbox"/> C.O.D.			
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"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro - Favor indicar Plan y Cantidad _____			

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

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



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

6. SEGUNDO DESTINATARIO

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

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

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)	Parentesco	Porcentaje
B. Contingente(s)	Parentesco	Porcentaje

9. DISPOSICIONES ESPECIALES



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

10. DETALLES DEL ASEGURADO PROPUESTO

	SI	NO
A. Durante los últimos cinco años, usted:		
1. ¿Ha participado o piensa participar durante los próximos dos años en actividades de aviación en calidad de piloto o miembro de la tripulación, planeo, carreras, buceo, paracaidismo con o sin caída libre o cualquier otro deporte peligroso? En caso afirmativo especifique cual y complete el cuestionario correspondiente	<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 cuestionario de "Uso de Drogas"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Consume 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 _____



**BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA**

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.

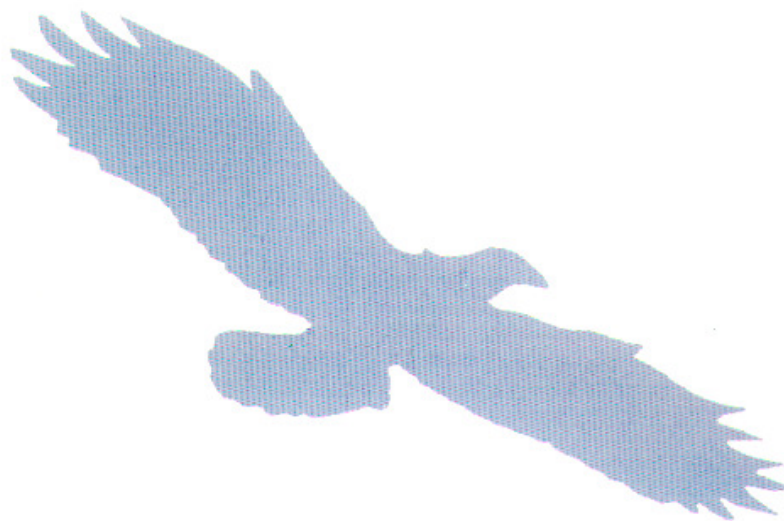
La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante, nosotros o nuestros reaseguradores podemos presentar un breve informe a MIB, Inc. MIB, Inc. es una asociación de compañías de seguro de vida, sin fines lucrativos, cuya función es permitir el intercambio de información 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