



# Solicitud de Seguro de Salud

Best Meridian International Insurance Company SPC



## 1. ASEGURADO(S) PROPUESTO(S)

\*Enviar una copia legible de la cédula de identidad o pasaporte del titular y del cónyuge (si aplica)

Apellidos	Nombres		Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
			TITULAR*	Mes / Día / Año	
Lugar de Nacimiento	No. de Documento de Identidad	Sexo	Estatura	Peso	
	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> ft	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	
Nacionalidad	No. de Referencia Tributaria				

Apellidos	Nombres		Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
			CÓNYUGE*	Mes / Día / Año	
Lugar de Nacimiento	No. de Documento de Identidad	Sexo	Estatura	Peso	
	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> ft	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	

Apellidos	Nombres		Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
			HIJO(A)	Mes / Día / Año	
Lugar de Nacimiento	No. de Documento de Identidad	Sexo	Estatura	Peso	
	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> ft	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	

Apellidos	Nombres		Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
			HIJO(A)	Mes / Día / Año	
Lugar de Nacimiento	No. de Documento de Identidad	Sexo	Estatura	Peso	
	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> ft	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	

Apellidos	Nombres		Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
			HIJO(A)	Mes / Día / Año	
Lugar de Nacimiento	No. de Documento de Identidad	Sexo	Estatura	Peso	
	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> ft	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	

### 1.1. DUEÑO DE LA PÓLIZA (completar si no es el titular)

Apellidos	Nombres	Parentesco	No. de ID o Ref. Tributaria

## 2. ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

☐ Residencia ☐ Negocio ☐ Otra

Tiempo en la dirección actual \_\_\_\_\_

Dirección Residencia \_\_\_\_\_ Apartado Postal \_\_\_\_\_  
Número/Calle/Zona/Ciudad/País

Dirección Negocio \_\_\_\_\_ Apartado Postal \_\_\_\_\_  
Número/Calle/Zona/Ciudad/País

Otra Dirección \_\_\_\_\_ Apartado Postal \_\_\_\_\_  
Número/Calle/Zona/Ciudad/País

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Números de Teléfono: Residencia \_\_\_\_\_ Negocio \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_



# Solicitud de Seguro de Salud

Best Meridian International Insurance Company SPC



## 3. EMPLEADOR

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

## 4. PLANES

### ☐ SERIE 3000

- ☐ Opción I (US\$500/US\$1,000) ☐ Opción IV (US\$5,000/US\$5,000) ☐ Opción VII (US\$30,000/US\$30,000)  
☐ Opción II (US\$1,000/US\$2,000) ☐ Opción V (US\$10,000/US\$10,000)  
☐ Opción III (US\$2,500/US\$5,000) ☐ Opción VI (US\$20,000/US\$20,000)

### ☐ MERIDIAN II ☐ AZURE ☐ IDEAL

**DEDUCIBLE:** ☐ US\$500 ☐ US\$1,000 ☐ US\$2,500 ☐ US\$5,000 ☐ US\$10,000 ☐ US\$20,000

☐ Transportación Aérea de Emergencia Médica / Servicio de Asistencia en Viajes

☐ Meridian Plus (Disponibile solo para el Plan Meridian II)

☐ Cobertura Máxima por Asegurado por Año Póliza de US\$1,500,000 (Disponibile solo para el Plan Ideal)

### ☐ FLEXI PLAN III AMÉRICA LATINA

**DEDUCIBLE:** ☐ US\$250 ☐ US\$500 ☐ US\$1,000 ☐ US\$2,500 ☐ US\$5,000 ☐ US\$10,000 ☐ US\$20,000

#### **BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS:**

Habitación y Alimentación en el Hospital / Unidad de Cuidados Intensivos: ☐ 100%

Servicio de Paciente Externo: ☐ 80% hasta el límite máximo ☐ 100% hasta el límite máximo

Beneficio Máximo por Persona por Año Póliza: ☐ US\$1,500,000

### ☐ VITAL (ENFERMEDADES CRÍTICAS)

**DEDUCIBLE:** ☐ US\$30,000 ☐ US\$50,000

### ☐ OTRO

Plan \_\_\_\_\_ Deducible \_\_\_\_\_

## 5. ADITAMENTOS AL SEGURO DE SALUD

### SEGURO DE VIDA A TÉRMINO

**TITULAR:** ☐ US\$50,000 ☐ US\$100,000

#### **BENEFICIARIOS:**

Primario(s)	Parentesco	%	Contingente(s)	Parentesco	%
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**CÓNYUGE:** ☐ US\$50,000 ☐ US\$100,000

#### **BENEFICIARIOS:**

Primario(s)	Parentesco	%	Contingente(s)	Parentesco	%
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____



# Solicitud de Seguro de Salud

Best Meridian International Insurance Company SPC



## 6. PRIMAS

Titular US\$ \_\_\_\_\_  
Cónyuge US\$ \_\_\_\_\_  
Hijos US\$ \_\_\_\_\_

### FORMA DE PAGO

☐ Anual US\$ \_\_\_\_\_  
☐ Semestral US\$ \_\_\_\_\_  
☐ Trimestral US\$ \_\_\_\_\_  
☐ Mensual US\$ \_\_\_\_\_  
Derecho de emisión US\$ \_\_\_\_\_  
**TOTAL** US\$ \_\_\_\_\_

## 7. INFORMACIÓN RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES

### CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A CONTINUACIÓN SON PRECISAS Y EXACTAS

- |  | SÍ                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Han usado heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga recreativa?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Han sido arrestados o han recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Alguna vez han consultado, han estado o están actualmente bajo observación o tratamiento o han sido examinados por algún psiquiatra, psicólogo o cualquier otro médico?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Han participado o piensan participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carreras de automóviles?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. De las personas propuestas para el seguro, ¿existe alguna residiendo en otro país? Indique nombre, motivo y dirección:<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Fuman cigarrillos u otros productos derivados del tabaco? En caso afirmativo, ¿qué cantidad al día? _____<br>Si fumaba cigarrillos pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que los dejó? _____ (meses/años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Toman bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique la cantidad _____ y frecuencia _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Se les ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Además de lo arriba mencionado, ¿Han sido pacientes en un hospital, clínica, sanatorio o institución médica?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mujeres: ¿se encuentra Ud. en estado de gestación?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 8. INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES

¿Padecen ustedes, han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades o desórdenes?

- |   | SÍ                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b.1. ¿Qué tipo de dolor ha tenido? <input type="checkbox"/> Opresivo <input type="checkbox"/> Punzante  |                          |                          |
| b.2. ¿Consultó al doctor por esa causa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                          |                          |
| b.3. ¿Tomó algún tipo de medicamento para dicho dolor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                          |                          |
| b.4. ¿Cuál? _____   |                          |                          |
| c. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental, o ha sufrido una isquemia cerebral transitoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Albúmina o sangre en la orina u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos y quistes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, páncreas o vesícula biliar?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los órganos reproductivos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. ¿Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformidades o amputación?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Síndrome Complejo Relacionado al SIDA (SCRS)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. ¿Tratamiento o medicamento que recibe en la actualidad?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# Solicitud de Seguro de Salud

Best Meridian International Insurance Company SPC



## 9. FAVOR DAR DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS 7 y 8

Nombre de la(s) persona(s)/ No. de la pregunta	Condición y Complicaciones	Fecha que comenzó (Mes/Año)	Duración	Nombre y Dirección de médicos y hospitales

## 10. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SUS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS


## 11. ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA

¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? ☐ SÍ ☐ NO  
(En caso afirmativo, por favor explique e indique la edad en la columna con la letra "T" para el Titular o "C" para el Cónyuge).

	Edad si viven		Explicación	Edad al fallecer		En caso de fallecimiento indicar causa
	T	C		T	C	
Padre						
Madre						
Hermano(s)						

## 12. SEGUROS DE VIDA O SALUD QUE HAYAN ESTADO O ESTÁN EN VIGOR DE LOS ASEGURADOS PROPUESTOS

T	C	Compañía	Número de Póliza	Salud	Vida	Suma Asegurada	Fecha de emisión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$	

## 13. ¿INTENTA REEMPLAZAR CON ESTE SEGURO ALGUNA PÓLIZA DE SALUD O DE VIDA CON ESTA U OTRA COMPAÑÍA?

☐ SÍ ☐ NO



# Solicitud de Seguro de Salud

Best Meridian International Insurance Company SPC



## CONDICIONES PRE-EXISTENTES ESTÁN CUBIERTAS SEGÚN SE DEFINEN EN LA PÓLIZA O EN CUALQUIER ENMIENDA A LA MISMA

### AUTORIZACIÓN

Best Meridian International Insurance Company SPC tendrá derecho a obtener toda la información que considere necesaria como exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan a las personas objeto del seguro solicitado. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, MIB, Inc. o institución que posea esta información para que la suministre. Cualquier acción de parte del asegurado propuesto o sus médicos que busque obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de la aseguradora. Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos. Esta autorización se mantendrá vigente por un período de tres años y una copia de la misma se considera tan válida como la original. Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte del contrato de seguro emitido como consecuencia de esta solicitud.

Este seguro no se ofrece a residentes permanentes de los Estados Unidos de América, Canadá o Europa. En caso de conflicto o disputa relacionada con la póliza, las leyes del Estado de la Florida, excluyendo el Estatuto 627, tendrán jurisdicción sobre la misma. Las partes se someten a la venia exclusiva y jurisdicción de las cortes ubicadas en el Condado de Miami-Dade, Florida, para la resolución de dicho conflicto o disputa. Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la solicitud de seguro, de esta póliza o de ningún otro documento emitido al respecto. El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de información en la solicitud de seguro resultará en la denegación de cobertura de la póliza o su anulación. Solamente un oficial autorizado de la aseguradora tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Fecha en \_\_\_\_\_  
Ciudad/País Mes/Día/Año

Firma del Titular \_\_\_\_\_

Firma del Dueño de la Póliza \_\_\_\_\_  
(Si no es el titular)

Firma del Cónyuge \_\_\_\_\_

Firma/Código del Agente \_\_\_\_\_

### COBERTURA CONDICIONAL TEMPORAL DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE ANTES DE SER ENTREGADA LA PÓLIZA

La cobertura de gastos médicos cubiertos que resulten de una lesión corporal accidental incurridos por algún asegurado propuesto incluido en esta solicitud está limitada a un máximo de US\$25,000.- por solicitud, desde la fecha en que la solicitud y la prima total sean recibidas en las oficinas de BMI en Miami, Florida, hasta lo que ocurra primero, (a) la fecha efectiva de la póliza o (b) sesenta días a partir de la fecha en que dicha solicitud es recibida en BMI en Miami, Florida. Esta cobertura temporal de emergencia por accidente está sujeta y gobernada por las reglas, términos, condiciones y exclusiones de la póliza a aplicar si la póliza por la cual se solicitó cobertura hubiera estado en vigor en la fecha del accidente de cualquiera de los asegurados propuestos incluidos en la solicitud. Este beneficio está sujeto al deducible seleccionado por el asegurado propuesto. Este beneficio no aplicaría en el caso de que la solicitud fuera declinada por cualquier razón, otra que no fuera a consecuencia de lesiones sufridas en un accidente mientras se está evaluando la solicitud. Este beneficio aplica únicamente a los planes Serie 3000, Plan Meridian II, Plan Azure, Plan Ideal y Flexi Plan III América Latina.

### SEGURO DE SALUD – RECIBO CONDICIONAL/TÉRMINOS Y CONDICIONES (Nulo si fuese alterado o modificado, o si el pago del depósito de prima fuese rechazado)

Los beneficios bajo las pólizas de Gastos Médicos y Hospitalización estarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud correspondiente o el día quinceavo del mismo mes de aprobación, supeditados a los términos de dicha póliza y bajo las siguientes condiciones:

- (1) Que todas las personas propuestas para los beneficios de esta póliza se encuentren en buen estado de salud y no haya habido ningún cambio en las respuestas a las preguntas de esta solicitud.
- (2) Que la prima completa haya sido pagada con cheque, cheque de gerencia, transferencia bancaria, pagos en línea (tarjetas de crédito o cheques electrónicos), en la fecha de la solicitud y recibida en las oficinas de BMI en Miami, Florida.

En caso de que la solicitud sea declinada, la responsabilidad de la Compañía se limitará a la devolución de la prima pagada.

Recibí de \_\_\_\_\_ La cantidad de US\$ \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año Firma del Agente \_\_\_\_\_

Declaro haber leído los términos de este recibo y que los mismos han sido explicados por el agente. Queda convenido que el seguro solicitado no entrará en vigor a menos que las condiciones de este recibo hayan sido satisfechas en su totalidad.

Firma del Dueño de la Póliza \_\_\_\_\_

**ESTE RECIBO DEBE SER COMPLETADO, FIRMADO POR EL AGENTE Y ENTREGADO AL DUEÑO SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA HECHO UN PAGO POR LA PRIMERA PRIMA. DE LO CONTRARIO, NO DEBE SER DESPRENDIDO.**

### NOTIFICACIÓN REFERENTE A MIB, INC.

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante, nosotros 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 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 que MIB, Inc. corrija cualquier información contenida en su expediente que usted considere incorrecta. Los pasos a seguir se estipulan en la ley "Fair Credit Report Act" (Decreto de Informe de Crédito Justo). La dirección de MIB, Inc. es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734. Número de teléfono: (866) 692-6901



# Solicitud de Seguro de Salud

Best Meridian International Insurance Company SPC



Por favor utilice este espacio para suministrar detalles adicionales a cualquier respuesta **"afirmativa"**

Las firmas aquí solicitadas son necesarias solamente si el titular está suministrando detalles en esta página

Fecha \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

Firma del Testigo/Agente \_\_\_\_\_

Firma del Titular \_\_\_\_\_

Firma del Dueño de la Póliza \_\_\_\_\_  
(Si no es el titular)



# Solicitud de Seguro de Salud

Best Meridian International Insurance Company SPC



## DE LAS DECLARACIONES

Manifiesto que todos los datos declarados en la presente Solicitud de Seguro, son completos, verídicos, tienen importancia y servirán a la Aseguradora para la apreciación del riesgo.

Adicionalmente, entiendo que la omisión o declaración inexacta de cualquiera de los datos declarados en esta Solicitud de Seguro, podrá resultar en la denegación de cobertura de la Póliza, modificación del contrato de seguro o terminación del contrato de seguro.

---

**Firma del Titular**

---

**Nombre del Titular**

---

**Fecha (Mes/Día/Año)**

---

**Firma/Código del Agente**

---

**Fecha (Mes/Día/Año)**



## AUTORIZACION PARA PAGOS CON TARJETA DE CREDITO

ASEGURADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DUEÑO DE LA TARJETA \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA/S \_\_\_\_\_

AUTORIZO A BMI COMPANIES A CARGAR LA PRIMA INICIAL O DE RENOVACION DE LA POLIZA(S) ARRIBA MENCIONADA(S) A MI TARJETA DE CREDITO MASTERCARD/VISA/AMERICAN EXPRESS/DINERS CLUB. TAMBIEN AUTORIZO EL CARGO DE 2.5% POR ESTA TRANSACCION.

NOTA: POR FAVOR INCLUIR LOS 3 DIGITOS DE SEGURIDAD "CVS" LOS CUALES APARECEN AL RESPALDO DE LA TARJETA (CERCA LA BANDA DE LA FIRMA).

☐ MASTER CARD ☐ VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ DINERS CLUB

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**NUMERO DE CUENTA**

3 DIGITOS DE SEGURIDAD \_\_\_\_\_

PRIMA \$ \_\_\_\_\_

2.5% CARGO \$ \_\_\_\_\_

TOTAL \$ \_\_\_\_\_

MES - AÑO

	/	
--	---	--

FECHA DE EXPIRACION

FIRMA

FECHA (MES, DIA, AÑO )

**Business Men's Insurance Corporation**

1320 South Dixie Highway • 6th Floor • Coral Gables, FL 33146. Telephone: (305)443-2898 • Fax: (305)442-8486 • e-mail: [bmiplatinum@bmicos.com](mailto:bmiplatinum@bmicos.com)



# BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

## CESION DE GARANTIA

Nombre del titular de póliza \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

El titular de póliza firmante expone como garantía la citada póliza a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
aquí llamado prestatario.

El titular de póliza firmante expone mediante el presente documento, la citada póliza con los montos totales (incluyendo cualquier deuda del titular de póliza a favor del prestatario) los mismos que son y pueden ser pagaderos, según se establece bajo este documento y junto con todos los otros derechos y privilegios ahora establecidos en el suscrito.

Sin embargo, con la condición de que sin menoscabar la generalidad de lo dicho anteriormente, el derecho a designar y a cambiar al prestatario, siempre que la póliza no haya sido rescatada, se reserve y se excluya de dicha cesión.

Además, con la condición de que la reserva de este derecho no perjudique el derecho del prestatario a rescatar la póliza por completo y de que cualquier cambio o designación del prestatario sea hecho sujeto a esta cesión y a los derechos del prestatario.

Best Meridian International Insurance Company SPC está por la presente autorizada y dirigida a pagar en su totalidad o parcialmente al prestatario (no mayor de la deuda del titular de póliza a favor del prestatario) ahora y de aquí en adelante pagadera bajo la póliza con la sola demanda del prestatario de dicho pago y sin investigar la razón para cualquier acción tomada por el prestatario y, el titular de póliza firmante está de acuerdo en indemnizar y mantener libre de todo perjuicio a Best Meridian International Insurance Company SPC por cualquier reclamo planteado por el titular de póliza firmante o sus sucesores interesados por causa de dicho pago. El prestatario está de acuerdo en que esta póliza será rescatada solo si el titular de póliza deja de cumplir con el reembolso de cualquier deuda pagadera a favor del prestatario.

En caso de cualquier desacuerdo entre las cláusulas de esta cesión y las cláusulas de otro documento u otra evidencia de deuda entre el titular de póliza firmante y el prestatario, las cláusulas de esta cesión prevalecerán.

En fe de lo cual el suscrito ha elaborado este documento, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

de 20 \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_ en el estado(país) de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Titular de Póliza

Registrado por Best Meridian International Insurance Company SPC, Miami, Florida el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Al registrar esta cesión, Best Meridian International Insurance Company SPC no asume responsabilidad por su validez o efecto legal.

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada del Funcionario de la Compañía