



Guía Informativa

Esta guía informativa es una herramienta de ayuda que le permitirá realizar una consulta rápida para agilizar sus actividades de venta.

Su colaboración es importante.  
**Su éxito es nuestro objetivo**



## Comunicación con BMI

Toda su correspondencia debe ser dirigida a:

BMI Building at Town Center One  
8950 SW 74th Ct., Floor 23  
Miami, Florida 33156, USA

Teléfono: +1(305) 443.2898

Fax: +1(305) 442.8486

E-Mail: [bmi@bmicos.com](mailto:bmi@bmicos.com)

Página web: [www.bmicos.com](http://www.bmicos.com)

Departamento de Salud – República Dominicana

Teléfono: (305) 722.5448

Fax: (809) 472.9253

## **RECUERDE SIEMPRE INDICAR SU CÓDIGO DE AGENTE**

al firmar una carta, correo electrónico  
o cualquier comunicación escrita.

Todo agente activo debe informar a BMI cualquier cambio de dirección postal y/o números de teléfono y correo electrónico.

# ÍNDICE

## Vida

Guía de Productos.....	2
Solicitudes.....	3
Anexos Disponibles.....	3
Requisitos Básicos de Asegurabilidad.....	4
Otros Requisitos.....	6
Pruebas y Exámenes de Laboratorio.....	6
Reembolsos Médicos.....	6
Factores de Conversión y Derechos de Emisión.....	7
Recomendación Especial.....	7
Pasos para Someter un Nuevo Negocio de Vida.....	7
Cambios Disponibles Para Pólizas Emitidas.....	8
Seguro Colectivo de Vida.....	11

## Salud

Guía de Productos.....	12
Anexos Disponibles.....	12
Solicitudes.....	14
Requisitos Básicos de Asegurabilidad.....	14
Reembolsos Médicos.....	14
Factores de Conversión y Derechos de Emisión.....	14
Pasos para Someter un Nuevo Negocio de Salud.....	14
Cambios Disponibles Para Pólizas Emitidas.....	15
Seguro Colectivo de Salud.....	16
Seguro Corporativo Individual.....	17
Plan de Gastos Médicos con Seguro de Vida para Agentes.....	17
BMI Access.....	18

## Remisión de Pagos

Remisión de Pagos.....	19
------------------------	----

## Datos de Interés

Contratación de Nuevo Agente.....	20
Portal de Agentes.....	20
Materiales de Venta.....	20
Glosario.....	21



## GUÍA DE PRODUCTOS

PLAN	COBERTURA MÍNIMA	EDAD	ANEXOS DISPONIBLES	MADUREZ
<b>NOVA</b> Vida Universal	US\$ 100,000	1-75	• Muerte Accidental	121 años
<b>UNIPLUS</b> Vida Universal	US\$ 50,000	1-75	• Exoneración de Cargos Mensuales	85 años
<b>UNITERM</b> Vida Universal	US\$ 250,000	20-75	• Seguro de Vida Temporal	121 años
<b>UNIVIDA</b> Vida Universal	US\$ 250,000	18-75	• Renta Familiar	100 años
<b>HORIZON</b> Vida Entera	Mínima US\$ 100,000 Máxima US\$ 500,000	18-69	• Opción de Transferencia (Incluido)	100 años
<b>UNIDOS</b> Vida Universal	US\$ 100,000	18-65	• Beneficios Acelerados por Enfermedades Terminales (Incluido)	100 años
<b>BEST INDEXED</b> Vida Indexada	US\$ 100,000	1-75	• N/A	121 años
<b>BEST INDEXED</b> Vida Indexada	US\$ 100,000	1-75	• Muerte Accidental	121 años
<b>LIFETIME</b> Vida Universal	US\$ 100,000	20-75	• Exoneración de Cargos Mensuales	121 años
<b>TERM 95</b> Vida a Término Renovable No Convertible (RNC)	US\$ 250,000	21-75	• Seguro de Vida Temporal	95 años
<b>TERM 100</b> Vida a Término Renovable No Convertible (RNC)	US\$ 250,000	21-75	• Renta Familiar	100 años
<b>MULTITERM</b> Vida a Término Renovable Convertible (R/C) No Renovable Convertible (NR/C)	Póliza Individual US\$ 250,000 Anexo a otra póliza vida US\$ 50,000	21-64	• Beneficios Acelerados por Enfermedades Terminales (Incluido)	65 años
<b>MULTITERM</b> Vida a Término No Renovable No Convertible (NR/NC)	Póliza Individual US\$ 250,000 Anexo a otra póliza vida US\$ 50,000	21-74	• Beneficios Acelerados por Enfermedades Terminales (Incluido)	75 años
<b>BEST GUARANTEE</b> Vida Entera	US\$ 50,000	1-75	• Seguro Temporal	121 años

## SOLICITUDES

### BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY (BMI)

**Solicitud 216** (Nova, Uniplus, Uniterm, Univida, Unidos, Best Indexed)

**Solicitud 259** (Horizon)

### BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

**Solicitud 213 (BMII)** (Multiterm, Term 95, Term 100, Best Guarantee, LifeTime, Best Indexed)

## ANEXOS DISPONIBLES

ANEXO	DEFINICIÓN		COSTO
Muerte Accidental*	Beneficio adicional desde US\$50,000 hasta US\$ 250,000 en caso de fallecimiento por accidente que puede ser solicitado en conjunto con una póliza de seguro de vida. Disponible para edades entre 20 y 55 años		1.75 por millar
Exoneración de Cargos Mensuales por Incapacidad*	Exención de pago de costos mensuales de seguro en caso de incapacidad		Según cotizador
Seguro de Vida Temporal Asegurado Principal	Cobertura de vida temporal que puede ser adicionada a la misma póliza		Según cotizador
	Cobertura Mínima	US\$ 50,000	
	Cobertura Máxima	5 veces el monto de la suma asegurada básica	
	Requisitos de Asegurabilidad	Correspondiente a la suma total (básica + anexo)	
	Disponible	Casos nuevos únicamente	
Renta Familiar	Proporciona una renta fija anual al beneficiario de la póliza por un periodo determinado		Según cotizador
	Cobertura Máxima Anual	30% del Monto Asegurado Básico	
	Cobertura Mínima Anual	US\$ 25,000	
	Periodo de Beneficio	10 y 20 Años	
	Disponible	Pólizas Universales (Casos nuevos únicamente, excepto Unidos)	
	Los Requisitos de Asegurabilidad de este anexo se basarán en el total de la suma asegurada del plan básico más el resultado de esta fórmula: Si elige el periodo de 10 años = Monto del Anexo multiplicado x 7 Si elige el periodo de 20 años = Monto del Anexo multiplicado x 15		
Opción de Transferencia	Permite sustituir una póliza existente por una póliza sobre la vida de un nuevo asegurado. Debe existir un interés asegurable		Sin costo
Beneficios Acelerados por Enfermedades Terminales	Establece el pago anticipado de un 50% de la suma asegurada contratada, hasta un máximo de US\$ 250,000 cuando el asegurado padece una enfermedad terminal		Sin costo
MULTITERM, TERM 95, TERM 100	Planes de vida temporal que pueden ser emitidos en conjunto con pólizas de vida universal, resultando en la emisión de dos pólizas individuales		Según cotizador

\* Este anexo se evalúa individualmente según ocupación y/o deportes o pasatiempos.



## REQUISITOS BÁSICOS DE ASEGURABILIDAD

EDAD ÚLTIMO CUMPLEAÑOS	MONTO DE SEGURO SOLICITADO	EXAMEN MÉDICO	PRUEBA DE SALIVA O SANGRE SECA	MINI PERFIL DE SANGRE	PERFIL DE SANGRE COMPLETO	EXAMEN DE ORINA	ELECTRO-CARDIOGRAMA REPOSO	CÉDULA DE IDENTIDAD	ESTADO FINANCIERO CONFIDENCIAL	REPORTE DE INSPECCIÓN	REQUISITOS ADICIONALES
1-35	HASTA US\$ 100,000	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulario W-8 BEN, W-8 BEN E, o W-9 según corresponda</li> <li>Comprobante de dirección residencial del propuesto asegurado</li> </ul>
	US\$ 100,001 - 250,000	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
	US\$ 250,001 - 500,000	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
	US\$ 500,001 - 750,000	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	
	US\$ 750,001 - 1,000,000	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	
	US\$ 1,000,001 - Y MÁS	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
36-45	HASTA US\$ 100,000	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de Identificación Tributaria del propuesto asegurado en el país correspondiente</li> </ul>
	US\$ 100,001 - 250,000	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
	US\$ 250,001 - 500,000	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
	US\$ 500,001 - 750,000	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
	US\$ 750,001 - 1,000,000	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
	US\$ 1,000,001 - Y MÁS	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
46-55	HASTA US\$ 100,000	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulario W-8 BEN, W-8 BEN E, o W-9 según corresponda</li> <li>Comprobante de dirección residencial del propuesto asegurado</li> <li>Número de Identificación Tributaria del propuesto asegurado en el país correspondiente</li> </ul>
	US\$ 100,001 - 250,000	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
	US\$ 250,001 - 500,000	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	
	US\$ 500,001 - 750,000	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
	US\$ 750,001 - 1,000,000	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
	US\$ 1,000,001 - Y MÁS	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
56 Y MAYOR	HASTA US\$ 100,000	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografía de Tórax y Electrocardiograma de Esfuerzo requeridos para edades de 51 o más en montos iguales o mayores a 2 millones de dólares</li> </ul>
	US\$ 100,001 - 250,000	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	
	US\$ 250,001 - 500,000	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	
	US\$ 500,001 - 750,000	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
	US\$ 750,001 - 1,000,000	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
	US\$ 1,000,001 - Y MÁS	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

- **EXAMEN MÉDICO** DEBE SER REALIZADO POR UN MÉDICO CONTRATADO POR LA COMPAÑÍA QUE NO SEA FAMILIAR DEL PROPUESTO ASEGURADO O DEL AGENTE.
- **INFORME DEL MÉDICO TRATANTE (APS)** SE REQUIERE SOBRE TODAS LAS CONSULTAS REALIZADAS HASTA 12 MESES PREVIOS A LA FECHA DE LA SOLICITUD. ES REQUERIDO AUTOMÁTICAMENTE PARA SOLICITANTES DE 15 AÑOS O MENOS.
- SI LA **PRUEBA DE SALIVA/SANGRE SECA** ES REQUERIDA, ES NECESARIO ADHERIR A LA SOLICITUD DEL PROPUESTO ASEGURADO, UNA DE LAS ETIQUETAS CODIFICADAS QUE FORMAN PARTE DEL KIT DE SALIVA/SANGRE SECA.
- SI EL CASO REQUIERE **ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO** NO HACE FALTA ENVIAR UN ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO.
- CUANDO EL DUEÑO DE LA PÓLIZA ES UNA CORPORACIÓN, SE DEBE CUMPLIR CON CIERTOS REQUISITOS DETALLADOS EN LA SECCIÓN LIBRERÍA DEL PORTAL DE AGENTE [www.bmiportal.com](http://www.bmiportal.com)

- LA **COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN** DEBE ESTAR FIRMADA POR EL CLIENTE Y EL AGENTE.
- PARA SOLICITANTES CON SEGURO DE VIDA YA EMITIDO, LOS REQUISITOS DE EVALUACIÓN SE BASARÁN EN LA SUMA ASEGURADA TOTAL CON BMI.
- SE REQUIERE **ANÁLISIS FINANCIERO AUDITADO** PARA MONTOS MAYORES A 2 MILLONES.
- **REPORTE DE INSPECCIÓN** ORDENADO POR LA COMPAÑÍA.
- TODO CASO DEBE TENER UNA **ILUSTRACIÓN** QUE INCLUYA TODAS SUS PÁGINAS FIRMADAS POR EL CLIENTE Y EL AGENTE.
- NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE SE CONSIDERE NECESARIA PARA LA EVALUACIÓN APROPIADA DE TODOS LOS CASOS.
- AQUELLOS CASOS NO TOMADOS POR DECISIÓN DEL CLIENTE, SE CARGARÁ AL CLIENTE EL COSTO DE LAS PRUEBAS MÉDICAS REALIZADAS.

## OTROS REQUISITOS

<b>CESIÓN DE GARANTÍA</b>	<p>Para asignar una Entidad Bancaria como Beneficiaria se requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario de Cesión de Garantía debidamente completado No.176E (BMI y BMII)</li> <li>• Copia de Contrato de Crédito Bancario</li> <li>• Indicar en la solicitud en "Disposiciones Especiales" la cantidad que se adeuda a la entidad bancaria</li> </ul>
<b>TUTOR DE MENORES</b>	<p>En caso de que el beneficiario sea un menor de edad se debe designar en la solicitud un tutor de menores. Adjuntar formulario de Designación de Tutor No. 264(P) BMI y BMII</p>

## PRUEBAS Y EXÁMENES DE LABORATORIO

### PRUEBAS REQUERIDAS PARA:

<b>MINI PERFIL DE SANGRE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HIV (SIDA)</li> <li>2. Glucosa</li> <li>3. GGTP (Gamma Glutamyl Transpeptidase)</li> <li>4. Colesterol Total</li> <li>5. HDL Colesterol</li> </ol>		
<b>PERFIL DE SANGRE COMPLETO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HIV (SIDA)</li> <li>2. Glucosa</li> <li>3. BUN</li> <li>4. Creatinina</li> <li>5. Ácido Úrico</li> <li>6. Fosfatasa Alcalina</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Bilirrubina Total</li> <li>8. SGOT (AST)</li> <li>9. SGTP (ALT)</li> <li>10. GGT (GGTP) (Gamma Glutamyl Transpeptidase)</li> <li>11. Proteína Total</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Albúmina</li> <li>13. Globulina</li> <li>14. Colesterol Total</li> <li>15. HDL Colesterol</li> <li>16. Triglicéridos</li> </ol>
<b>ANÁLISIS DE ORINA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examen Físico</li> <li>2. Examen Químico</li> <li>3. Examen Microscópico</li> </ol>		

## REEMBOLSOS MÉDICOS

VIDA	MÁXIMO
Examen Médico	US\$ 60
Urinálisis	US\$ 20
APS / Cuestionario Hipertensión, Asma y Diabetes	US\$ 40
EKG en Reposo	US\$ 45
Rayos X	US\$ 25
Mini Perfil	US\$ 55
Perfil de Sangre Completo	US\$ 100
Hepatitis A, B & C	US\$ 75
Electrocardiograma de Esfuerzo	US\$ 115
Orina-Nicotina-Cocaína	US\$ 50
Prueba Glucosa	US\$ 50
Prueba de Saliva	US\$ 5
Prueba de Sangre Seca (DBS)	US\$ 20
Ecocardiograma	US\$ 50

## FACTORES DE CONVERSIÓN Y DERECHOS DE EMISIÓN

PRODUCTO	FACTORES DE CONVERSIÓN	DERECHO DE EMISIÓN
UNIVERSAL	N/A	US\$ 75 – 1er Año
VIDA INDEXADA	N/A	US\$ 125 – 1er Año
VIDA ENTERA	0.5150 Semestral	US\$ 75 – 1er Año
	0.2625 Trimestral	
VIDA TEMPORAL	0.0908 Mensual	US\$ 75 – Todos los Años

Nota: El derecho de emisión debe pagarse por completo con el primer pago independientemente de la modalidad de pago. No es reembolsable.

### RECOMENDACIÓN ESPECIAL

El Agente **debe**:

- Seguir todas las instrucciones para envío de casos nuevos a BMI según los pasos indicados en este instructivo de envíos
- Al momento del cierre y recibir la prima, entregar al Propuesto Asegurado el Recibo Provisional correspondiente
- Desprender de la solicitud y entregar al Propuesto Asegurado la Notificación referente a la Oficina de Información Médica (MIB)
- Asegurarse de haber utilizado el formulario correcto según corresponda (BMI o BMII)
- Utilizar el formato de Remisión de Fondos

### CÓMO SOMETER UN NUEVO NEGOCIO DE VIDA

1. Completar Formulario de Remisión de Fondos
2. Adjuntar:
  - a) Pago de prima (cheque, copia de transferencia o de comprobante de pago por internet)
  - b) Solicitud correspondiente
  - c) Requerimientos de evaluación correspondientes
  - d) Ilustración firmada por el propuesto asegurado y el agente
  - e) Copia legible y clara de cédula de identificación o del pasaporte (firmada por el agente)
  - f) Formulario de Reembolsos Médicos y Factura
3. Enviar mediante alguna de las siguientes formas:

<b>VÍA SOLICITUD EN LÍNEA EN EL PORTAL DE AGENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresar a Herramientas &gt; Aplicaciones &gt; Nueva Solicitud</li> <li>• Completar todos los campos en su totalidad</li> <li>• Cargar todos los documentos y requisitos de asegurabilidad del caso que solicite el sistema para finalizar el proceso de solicitud</li> </ul>
<b>VÍA TRANSFERENCIA DE ARCHIVOS EN EL PORTAL DE AGENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresar a Herramientas &gt; Transferencia de Archivos</li> <li>• Siga los pasos del sistema para cargar todos los documentos</li> </ul>
<b>VÍA EMAIL</b>	Enviar todos los documentos descritos previamente en formato PDF al email: <a href="mailto:lifeonline@bmicos.com">lifeonline@bmicos.com</a>
<b>VÍA COURIER</b>	Enviar toda la documentación en el <b>SOBRE PARA ENVÍO DE DOCUMENTOS DE EVALUACIÓN</b>



## CAMBIOS DISPONIBLES PARA PÓLIZAS EMITIDAS

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY (Nova, Unidos, Uniplus, Uniterm, Univida, Horizon, Best Indexed)

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC (BMII) (LifeTime, Best Indexed)

TIPO DE CAMBIO	REQUERIMIENTOS	CUANDO SOLICITAR EL CAMBIO
<b>INCREMENTOS**</b> (ÚNICAMENTE PLANES UNIVERSALES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>NUEVA PARTE I Y II DE LA SOLICITUD #216 E <b>NUEVA PARTE I Y II DE LA SOLICITUD #213 (BMII)</b></li> <li>REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD</li> <li>PRIMA CORRESPONDIENTE A EDAD ACTUAL</li> <li>ILUSTRACIÓN MOSTRANDO EL INCREMENTO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DE UN AÑO DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> </ul>
<b>REDUCCIONES**</b> (ÚNICAMENTE PLANES UNIVERSALES) HASTA EL LÍMITE MÍNIMO PERMITIDO	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 REV.4/16 UNA VEZ AUTORIZADA LA REDUCCIÓN, LA COMPAÑÍA EMITIRÁ UNA ENMIENDA LA CUAL DEBERÁ FORMAR PARTE DE LA PÓLIZA. <b>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DE UN AÑO DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> </ul>
<b>CAMBIO A NO FUMADOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXAMEN DE ORINA CON RESULTADOS DE NICOTINA</li> <li>ENMIENDA DE NO FUMADOR. SOLICITUD #114 REV.7/05. <b>SOLICITUD #114 (BMII) REV.7/05</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DE 12 MESES DE NO FUMAR</li> <li>DESPUÉS DE 2 AÑOS DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> </ul>
<b>OTROS TIPOS DE CAMBIOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>DUPLICADOS DE PÓLIZA</li> <li>CORRECCIONES EN NOMBRE Y EDAD</li> <li>CAMBIO DE PROPIETARIO</li> <li>CAMBIO DE BENEFICIARIO</li> <li>CANCELACIÓN DE ADITAMIENTOS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 REV.4/16 <b>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</b></li> <li>COPIA LEGIBLE DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL NUEVO DUEÑO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>
<b>CAMBIOS DE OPCIÓN "B" PARA OPCIÓN "A"***</b>  <b>CAMBIOS DE OPCIÓN "A" PARA OPCIÓN "B"***</b> (ÚNICAMENTE PLANES UNIVERSALES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 REV.4/16 <b>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DEL PRIMER AÑO DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> <li>SI LA PÓLIZA SE ENCUENTRA EN LA SUMA MÍNIMA ASEGURADA DEL PLAN, EL CAMBIO NO ES PERMITIDO</li> </ul>
<b>REHABILITACIÓN*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORMULARIO DE REINSTALACIÓN #165 REV.3/17 <b>FORMULARIO DE REINSTALACIÓN #165 REV.3/17 (BMII)</b></li> <li>PAGO MÍNIMO REQUERIDO</li> <li>PRESENTAR PRUEBA DE ASEGURABILIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA TENGA MENOS DE 5 AÑOS DE CANCELADA</li> </ul>
<b>PRÉSTAMOS</b> (ÚNICAMENTE PLANES UNIVERSALES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 REV.4/16 <b>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DE UN AÑO DE EMITIDA LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE TENGA VALORES DE RESCATE</li> </ul>
<b>RESCATES PARCIALES**</b> (ÚNICAMENTE PLANES UNIVERSALES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORMULARIO W-8 BEN, W-8 BEN E, O W-9 SEGÚN CORRESPONDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>OPCIÓN A.</b> EL BALANCE DE LA NUEVA SUMA ASEGURADA DESPUÉS DE ESTA REDUCCIÓN DEBE SER IGUAL O MAYOR A LA SUMA ASEGURADA MÍNIMA DEL PLAN CONTRATADO</li> </ul>
<b>CESIÓN DE GARANTÍA ASIGNACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORMULARIO DE CESIÓN DE GARANTÍA DEBIDAMENTE COMPLETADO #176 REV.3/11 <b>FORMULARIO DE CESIÓN DE GARANTÍA DEBIDAMENTE COMPLETADO #176 (BMII) REV.10/10</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>

Nota: incluir copia legible de la cédula de identidad en todas las peticiones de cambio en la póliza.

\* Nos reservamos el derecho de solicitar cualquier información adicional necesaria para la evaluación.

\*\* No aplican para el plan Horizon.

## BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC (BMII)

### MULTITERM - TERM 95 - TERM 100

TIPO DE CAMBIO	REQUERIMIENTOS	CUANDO SOLICITAR EL CAMBIO
INCREMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO APLICA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO APLICA</li> </ul>
REDUCCIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO APLICA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO APLICA</li> </ul>
CAMBIO A NO FUMADOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EXAMEN DE ORINA CON RESULTADOS DE NICOTINA</li> <li>• ENDOSO DE NO FUMADOR. SOLICITUD #114 (BMII) REV.7/05</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DESPUÉS DE 12 MESES DE NO FUMAR</li> <li>• DESPUÉS DE 2 AÑOS DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> <li>• ÚNICAMENTE SE PUEDE HACER EN EL ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA</li> </ul>
<b>OTROS TIPOS DE CAMBIOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DUPLICADOS DE PÓLIZA</li> <li>• CORRECCIONES EN NOMBRE Y EDAD</li> <li>• CAMBIO DE PROPIETARIO</li> <li>• CAMBIO DE BENEFICIARIO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</li> <li>• COPIA LEGIBLE DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL NUEVO DUEÑO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>
REHABILITACIÓN*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMULARIO DE REINSTALACIÓN #165 REV.3/17 (BMII)</li> <li>• PRESENTAR PRUEBA DE ASEGURABILIDAD</li> <li>• PAGAR PRIMAS ATRASADAS MÁS LOS INTERESES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN CUALQUIER MOMENTO SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA TENGA MENOS DE 3 AÑOS DE CANCELADA</li> </ul>
<b>CONVERSIONES</b> (PLAN CONVERTIBLE ÚNICAMENTE) MT R/C MT NR/C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOLICITUD DE CONVERSIÓN DE PÓLIZA #232 BMII</li> <li>• ILUSTRACIÓN PARA EL NUEVO PLAN</li> <li>• PRIMA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN EL ANIVERSARIO DESPUÉS DEL PRIMER AÑO DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> </ul>
<b>CESIÓN DE GARANTÍA</b> <b>ASIGNACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMULARIO DE CESIÓN DE GARANTÍA DEBIDAMENTE COMPLETADO #176 (BMII) REV.10/10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>

Nota: incluir copia legible de cédula de identidad en todas las peticiones de cambio en la póliza.

\* Nos reservamos el derecho de solicitar cualquier información adicional necesaria para la evaluación.

En caso de dudas sobre cambios, puede escribir a [bmiphs@bmicos.com](mailto:bmiphs@bmicos.com)

## BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC (BMII)

## VIVA 100

TIPO DE CAMBIO	REQUERIMIENTOS	CUANDO SOLICITAR EL CAMBIO
<b>INCREMENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NUEVA PARTE I Y II DE LA SOLICITUD #213 (BMII)</li> <li>REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD</li> <li>PRIMA CORRESPONDIENTE A EDAD ACTUAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DE UN AÑO DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> </ul>
<b>REDUCCIONES HASTA EL LÍMITE MÍNIMO PERMITIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DE UN AÑO DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> </ul>
<b>CAMBIO A NO FUMADOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXAMEN DE ORINA CON RESULTADOS DE NICOTINA</li> <li>ENDOSO DE NO FUMADOR. SOLICITUD #114 (BMII) REV.7/05</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DE 12 MESES DE NO FUMAR</li> <li>DESPUÉS DE 2 AÑOS DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> </ul>
<b>OTROS TIPOS DE CAMBIOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>DUPLICADOS DE PÓLIZA</li> <li>CORRECCIONES DE NOMBRE Y EDAD</li> <li>CAMBIO DE PROPIETARIO</li> <li>CAMBIO DE BENEFICIARIO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</li> <li>COPIA LEGIBLE DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL NUEVO DUEÑO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>
<b>RESCATE PARCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DEL PRIMER AÑO</li> <li><b>OPCIÓN A.</b> EL BALANCE DE LA NUEVA SUMA ASEGURADA DESPUÉS DE ESTA REDUCCIÓN DEBE SER IGUAL O MAYOR A LA SUMA ASEGURADA MÍNIMA DEL PLAN CONTRATADO</li> </ul>
<b>REHABILITACIÓN*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORMULARIO DE REINSTALACIÓN #165 REV.3/17 (BMII)</li> <li>PRESENTAR PRUEBA DE ASEGURABILIDAD</li> <li>PAGO REQUERIDO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA TENGA MENOS DE 2 AÑOS DE CANCELADA</li> </ul>
<b>CAMBIOS DE OPCIÓN "B" PARA OPCIÓN "A"</b>  <b>CAMBIOS DE OPCIÓN "A" PARA OPCIÓN "B"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</li> <li>NUEVA SOLICITUD #213 BMII</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DESPUÉS DEL PRIMER AÑO DE EMITIDA LA PÓLIZA</li> <li>SI LA PÓLIZA SE ENCUENTRA EN LA SUMA MÍNIMA ASEGURADA DEL PLAN, EL CAMBIO NO ES PERMITIDO</li> </ul>
<b>CAMBIO DE FONDOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORMULARIO #333E REV.11/14 (BMII)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>

\* Nos reservamos el derecho de solicitar cualquier información adicional necesaria para la evaluación.

## BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC (BMII)

### BEST GUARANTEE

TIPO DE CAMBIO	REQUERIMIENTOS	CUANDO SOLICITAR EL CAMBIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DUPLICADOS DE PÓLIZA</li> <li>• CORRECCIONES EN NOMBRE Y EDAD</li> <li>• CAMBIO DE PROPIETARIO</li> <li>• CAMBIO DE BENEFICIARIO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</li> <li>• COPIA LEGIBLE DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL NUEVO DUEÑO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>
PRÉSTAMOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE #164 (BMII) REV.4/16</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DESPUÉS DE 1 AÑO DE EMITIDA LA PÓLIZA SIEMPRE QUE TENGA VALORES DE RESCATE</li> </ul>
REHABILITACIÓN*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMULARIO DE REINSTALACIÓN #165 REV.3/17 (BMII)</li> <li>• PRESENTAR PRUEBA DE ASEGURABILIDAD</li> <li>• PAGAR PRIMAS ATRASADAS MÁS LOS INTERESES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN CUALQUIER MOMENTO SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA TENGA MENOS DE 3 AÑOS DE CANCELADA</li> </ul>
CESIÓN DE GARANTÍA ASIGNACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FORMULARIO DE CESIÓN DE GARANTÍA DEBIDAMENTE COMPLETADO #176 (BMII) REV.10/10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA

PRODUCTO	ELEGIBILIDAD	NO. DE PERSONAS	REQUISITOS	COBERTURAS
SEGURO COLECTIVO VIDA	18 - 69	10 - 25	SI TIENEN UN COLECTIVO DE SALUD	MÍNIMA US\$5,000 MÁXIMA US\$200,000 (SIN REQUISITO MÉDICO)
		25+	SI NO TIENEN UN COLECTIVO DE SALUD	US\$200,001-US\$250,000 (SUJETO A EVALUACIÓN)

• La suma asegurada se determina usando una de las fórmulas siguientes:

- a) La misma suma para cada titular
  - b) Por clases
  - c) Por años de servicios
- Los formularios requeridos para estos planes están disponibles en el Portal del Agente.
  - Los solicitantes deben ser residentes de latinoamérica o el Caribe.
  - La cobertura es por fallecimiento del titular únicamente.
  - Pueden permanecer en la póliza hasta los 70 años de edad.
  - Los cambios en la suma asegurada pueden realizarse solamente en la fecha de renovación.

## GUÍA DE PRODUCTOS

PLAN	ELEGIBILIDAD	DISPONIBILIDAD	DEDUCIBLES								CARACTERÍSTICAS	
SERIE 3000	Residentes de Latinoamérica y el Caribe solamente	Regiones 1, 2, 3, 5, 6 y 7	Opción	I	II	III	IV	V	VI	VII	Cobertura SIN LÍMITE con amplia variedad de beneficios al 100% El asegurado puede elegir cualquier hospital o médico a nivel mundial	
			Fuera de USA	US\$ 500	US\$ 1,000	US\$ 2,500	US\$ 5,000	US\$ 10,000	US\$ 20,000	US\$ 30,000		
			En USA	US\$ 1,000	US\$ 2,000	US\$ 5,000	US\$ 5,000	US\$ 10,000	US\$ 20,000	US\$ 30,000		
			Eliminación del Deducible por hospitalización a consecuencia de accidente en el país de residencia en las opciones I, II, III y IV.									
MERIDIAN II		Regiones 1, 2, 3, 5, 6 y 7	Opción	I	II	III	IV	V	VI	Cobertura mundial  Eliminación de deducible hospitalario dentro y fuera del país de residencia Excepto EE.UU. (Aplica en deducibles I, II y III) - No aplica en Regiones 1, 4 y 5		
			US\$ 500	US\$ 1,000	US\$ 2,500	US\$ 5,000	US\$ 10,000	US\$ 20,000				
			Región 4	Opción	I	II	III	IV				
				US\$ 2,500	US\$ 5,000	US\$ 10,000	US\$ 20,000					
AZURE		Edad máxima de inscripción: 70 años de edad	Regiones 1, 2, 3, 5, 6 y 7	Opción	I	II	III	IV	V	VI	Cobertura mundial bajo una selecta Red de Hospitales en Estados Unidos	
				US\$ 500	US\$ 1,000	US\$ 2,500	US\$ 5,000	US\$ 10,000	US\$ 20,000			
IDEAL			Regiones 1, 2, 3, 5, 6 y 7	Opción	I	II	III	IV	V	VI	Cobertura mundial bajo una selecta Red de Hospitales en Estados Unidos	
				US\$ 500	US\$ 1,000	US\$ 2,500	US\$ 5,000	US\$ 10,000	US\$ 20,000			
		50% de Reducción del Deducible por hospitalización en el país de residencia en las opciones de deducible I, II y III.										
		Región 4	Opción	I	II	III	IV					
US\$ 2,500	US\$ 5,000		US\$ 10,000	US\$ 20,000								
FLEXI PLAN III AMÉRICA LATINA	Regiones 2, 3, 6 y 7	Regiones 2, 3, 6 y 7	Opción	I	II	III	IV	V	VI	VII	Cobertura en América Latina y el Caribe solamente. Cubre beneficios básicos y la flexibilidad de adicionar otros suplementos	
			US\$ 250	US\$ 500	US\$ 1,000	US\$ 2,500	US\$ 5,000	US\$ 10,000	US\$ 20,000			

## ANEXOS DISPONIBLES

ANEXO	COBERTURA	CARACTERÍSTICAS
SEGURO DE VIDA A TÉRMINO	US\$ 50,000 o US\$ 100,000	Cobertura temporal como beneficio adicional a las pólizas nuevas de gastos médicos. Se ofrecen las opciones de US\$50,000 o US\$100,000 por fallecimiento, tanto para el titular como para el cónyuge
SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)	US\$ 50,000 hasta US\$ 250,000 Tarifa: 1.75 por millar	Cobertura por muerte, desmembramiento o incapacidad total y permanente como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza. Se ofrece a asegurados o solicitantes de una póliza de Vida (excepto Horizon) o Gastos Médicos de BMI que no hayan cumplido 65 años de edad. La cobertura cesará a la edad de 70 años
EL PROTECTOR	US\$ 50,000 - US\$ 75,000 - US\$ 100,000 US\$ 150,000 - US\$ 200,000 - US\$ 250,000 US\$ 300,000	Cobertura por Incapacidad Total y Permanente pagadera en una sola suma. Esta póliza se ofrece a asegurados o solicitantes de una póliza de Vida (excepto Horizon) o Gastos Médicos de BMI que no hayan cumplido 60 años de edad. La cobertura cesará a la edad de 65 años
BENEFICIO ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN	US\$ 100, US\$ 200 o US\$ 300 por día	Cobertura adicional diseñada para cubrir cualquier gasto imprevisto que se le presente por un ingreso en un hospital a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la póliza. Elegibilidad: pólizas con titulares menores de 65 años de edad. La cobertura cesará a la edad de 70 años
SERVICIO DE ASISTENCIA EN VIAJES	Incluido automáticamente en Serie 3000 (opcional en Meridian II, Azure e Ideal)	Ofrece Reducción de Deducible para emergencias médicas por enfermedad o accidente fuera del país de residencia. Ambulancia Aérea, Repatriación de Restos Mortales, Repatriación Médica, Retorno de Menores, Transportación de Acompañante, Estadía de Acompañante. No aplica en Región 4
MERIDIAN II PLUS	Disponible sólo para el plan Meridian II	Incrementa la cobertura de 12 beneficios dentro de la póliza. Cesará al momento de una renovación en la cual alguno de los asegurados cumpla 70 años de edad

## SOLICITUDES

**BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC****Solicitud 286** - Solicitud de Seguro de Salud (Todos los planes)**Solicitud 331** - Solicitud para Beneficio Adicional por Hospitalización (Anexo)**Solicitud 247** - Solicitud de Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (Anexo)**REQUISITOS BÁSICOS DE ASEGURABILIDAD**

65 años y más	Examen Médico y Formulario para propuestos de esta edad
---------------	---

El período de espera puede ser eliminado si es solicitado y se adjunta documento de compañía anterior que verifica estar asegurado.

**REEMBOLSOS MÉDICOS**

Examen Médico	Máximo de US\$ 60
---------------	-------------------

El Formulario de Solicitud de Reembolsos Médicos debe adjuntarse a los requisitos médicos y a la factura correspondiente.

Indicar claramente a nombre de quién se debe hacer el reembolso.

Se reembolsará máximo \$ 20 para exámenes de laboratorio cuando sean solicitados por el evaluador médico (casos de sobrepeso)

**FACTORES DE CONVERSIÓN Y DERECHOS DE EMISIÓN**

PRODUCTO	FACTORES DE CONVERSIÓN	DERECHOS DE EMISIÓN		
SERIE 3000 MERIDIAN II AZURE PLAN IDEAL FLEXI PLAN III AL	0.55    Semestral		México	Otros
		Anual	US\$ 175.00	US\$ 125.00
	0.275    Trimestral	Semestral	US\$ 87.50	US\$ 62.50
		Trimestral	US\$ 43.75	US\$ 31.25
	0.09    Mensual	Mensual	US\$ 14.58	US\$ 10.42
*Todos los años				
MUERTE ACCIDENTAL Y DESM.	Pagos Anuales solamente	US\$ 15 – Todos los años		
EL PROTECTOR - PTD		N/A		

\* Nota: el derecho de emisión se adiciona a la prima. Es no comisionable / no reembolsable.

**CÓMO SOMETER UN NUEVO NEGOCIO DE SALUD**

1. Completar Formulario de Remisión de Fondos
2. Adjuntar:
  - a) Pago de prima (cheque, copia de transferencia o de comprobante de pago por internet)
  - b) Solicitud correspondiente
  - c) Requerimientos de evaluación correspondientes
  - d) Cotización correspondiente
  - e) Copia legible y clara de cédula de identificación o del pasaporte (firmada por el agente)
  - f) Formulario de Reembolsos Médicos y Factura
3. Enviar mediante alguna de las siguientes formas:

<b>VÍA SOLICITUD EN LÍNEA EN EL PORTAL DE AGENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresar a Herramientas &gt; Ilustraciones &gt; Nueva Ilustración</li> <li>• Completar todos los campos en su totalidad</li> <li>• Cargar todos los documentos y requisitos de asegurabilidad del caso que solicite el sistema para finalizar el proceso de solicitud</li> </ul>
<b>VÍA TRANSFERENCIA DE ARCHIVOS EN EL PORTAL DE AGENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresar a Herramientas &gt; Transferencia de Archivos</li> <li>• Siga los pasos del sistema para cargar todos los documentos</li> </ul>
<b>VÍA EMAIL</b>	Enviar todos los documentos descritos previamente en formato PDF al email: <a href="mailto:healthonline@bmicos.com">healthonline@bmicos.com</a>
<b>VÍA COURIER</b>	Enviar toda la documentación en el <b>SOBRE PARA ENVÍO DE DOCUMENTOS DE EVALUACIÓN</b>

## CAMBIOS DISPONIBLES PARA PÓLIZAS EMITIDAS

### BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC (BMII)

TIPO DE CAMBIO	REQUERIMIENTOS	CUANDO SOLICITAR EL CAMBIO
CAMBIO DE PLAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>NUEVA SOLICITUD TOTALMENTE COMPLETADA INDICANDO PLAN Y COBERTURAS DESEADAS</li> <li>SUJETO A EVALUACIÓN SI INCREMENTA LA COBERTURA</li> <li>PRIMA CORRESPONDIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN EL ANIVERSARIO</li> </ul>
DEDUCIBLE (MENOR A MAYOR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE</li> <li>PRIMA CORRESPONDIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN EL ANIVERSARIO</li> </ul>
DEDUCIBLE (MAYOR A MENOR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL TITULAR</li> <li>COTIZACIÓN ADJUNTA</li> <li>PRIMA CORRESPONDIENTE</li> <li>FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE BUENA SALUD #106.1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN EL ANIVERSARIO</li> </ul>
INCREMENTO DE COBERTURA	<ul style="list-style-type: none"> <li>CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL TITULAR INDICANDO BENEFICIOS DESEADOS</li> <li>FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE BUENA SALUD* #106.1</li> <li>PRIMA CORRESPONDIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN EL ANIVERSARIO</li> </ul>
REDUCCIÓN DE COBERTURA	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN EL ANIVERSARIO</li> </ul>
DUPLICADOS DE PÓLIZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE O SOLICITAR POR ESCRITO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>
CORRECCIONES EN NOMBRE Y EDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE</li> <li>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>
CAMBIO DE TITULAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE</li> <li>COPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN EL ANIVERSARIO</li> </ul>
CAMBIO DE BENEFICIARIO PARA ANEXO DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>
ADICIONES DE DEPENDIENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE ADICIÓN #314</li> <li>PRIMA SI APLICA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>
EXCLUSIONES DE DEPENDIENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO</li> </ul>
REHABILITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORMULARIO DE REHABILITACIÓN #315</li> <li>PAGOS PENDIENTES</li> <li>EXAMEN MÉDICO PARA PERSONAS DE 65 AÑOS O MAYORES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EN CUALQUIER MOMENTO EN UN PLAZO NO MAYOR DE 6 MESES A PARTIR DE LA FECHA DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA</li> </ul>

\* Para asegurados de 65 años o mayores se requiere un examen médico que sustituye la declaración de buena salud.

## SEGUROS COLECTIVOS DE SALUD

Planes diseñados para brindar protección a bajo costo al personal de una empresa

PRODUCTO	ELEGIBILIDAD	NÚMERO DE PERSONAS	PARTICIPACIÓN REQUERIDA	COBERTURA	DEDUCIBLES
<b>Plan Ejecutivo</b>	18 - 69	5 empleados titulares o más	100% Clase Elegible	Cobertura máxima por asegurado (por año póliza) US\$ 2,000,000	Opción I - Fuera EE.UU. US\$ 0 En EE.UU. US\$ 500 Opción II - US\$ 500 Opción III - US\$ 1,000 Opción IV - US\$ 2,500 Opción V - US\$ 5,000 Opción VI - US\$ 10,000 Opción VII - US\$ 20,000 Derecho de emisión US\$ 75
<b>Plan diseñado a la medida (Tailor Made)</b>	18 - 69	25 empleados titulares o más	100% Clase Elegible	Según necesidad del cliente	Según necesidad del cliente (mínimo US\$ 100) Derecho de emisión variable. Usualmente US\$ 75

<b>Plan Corporativo Individual</b>	<p>Póliza grupal cuyo atractivo principal es ofrecer a cada uno de sus integrantes la flexibilidad de seleccionar el plan individual de su preferencia</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 empleados titulares o más</li> <li>• Pueden escoger entre los siguientes planes individuales y combinarlos para formar un plan grupal: Serie 3000, Meridian II, Azure, Ideal, Flexi Plan III América Latina</li> <li>• Pólizas emitidas individualmente</li> <li>• Tarifas correspondientes a las del plan seleccionado menos 10% de descuento de la prima total</li> <li>• Podrá mantener la póliza aunque se retire de la empresa, pagando la tarifa individual</li> <li>• Renovaciones garantizadas</li> <li>• Derecho de emisión US\$ 125</li> </ul> <p>Nota: titulares deben trabajar para un mismo empleador y el pago de la prima deber ser hecho por el empleador.</p>
------------------------------------	---



## PLAN DE GASTOS MÉDICOS CON SEGURO DE VIDA EXCLUSIVO PARA NUESTROS AGENTES

Un seguro de Gastos Médicos disponible para los agentes con tarifas y descuentos especiales basado en niveles de producción

### PLANES DISPONIBLES

#### PLAN GOLD

Cobertura Máxima (Por persona, Por año): Sin Límite  
Seguro de Vida para el Agente hasta: US\$ 100,000

#### PLAN SILVER

Cobertura Máxima (Por persona, Por año): US\$ 1,000,000  
Seguro de Vida para el Agente hasta: US\$ 50,000

#### ELEGIBILIDAD

- El Agente debe tener contrato activo con BMI
- 25,000 puntos de Créditos de Convención y Seminarios (CCS)
- Persistencia de 70% o mayor
- 12 casos nuevos Vida y/o Salud
- Descuentos basados en puntos CCS

Nota: Para detalles al Departamento de Mercadeo a: [mercadeo@bmicos.com](mailto:mercadeo@bmicos.com)



BMI Access es un **programa exclusivo con excelentes beneficios** para todos los asegurados de salud de BMI. Disponible sin costo adicional.

El asegurado sólo debe comunicarse con el **Centro de Servicio de BMI Access**, para que le sea asignado un **Coordinador Médico**, quien será su guía y contacto único para coordinar el acceso a cualquier beneficio del programa.

**Supervisión y Asistencia 24x7. Tranquilidad, Comodidad y Seguridad.**

bmiaccess@bmicos.com Tel.: +1(305)665-4817 EE.UU.: 1-800-882-7796 APP BMI Access

## BENEFICIOS



**DIAGNÓSTICO SEGURO** | De presentarse una enfermedad o condición importante de salud, este beneficio ofrece al asegurado una segunda opinión médica que le ayudará a confirmar el diagnóstico original o el tratamiento propuesto por el médico tratante. Cada caso será revisado por los mejores médicos vía electrónica de la mano de la organización World Care International, que incluye más de 20,500 especialistas y una red de los mejores hospitales de los EE.UU.



**CITAS MÉDICAS** | Asesoría para selección de los especialistas más adecuados para la condición de salud del asegurado, y en la ciudad de los EE.UU. de su preferencia. Coordinación de citas médicas en los EE.UU. y el mejor seguimiento post cita.



**SERVICIO DE TRANSPORTE** | En caso de ingreso planificado a un centro hospitalario o si el asegurado tiene citas médicas en los EE.UU., se le asignará un conductor para recibirlo en el aeropuerto, trasladarlo al lugar de alojamiento y a los centros hospitalarios.



**SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN** | Asesoría para la selección del centro hospitalario más adecuado para la condición de salud del asegurado. Adicionalmente, ofrece la coordinación de los trámites y requisitos de ingreso o egreso hospitalario.



**TRASLADO DE EMERGENCIA** | Si el asegurado requiere tratamiento médico de emergencia y no está disponible donde se encuentra, se coordinará todo el proceso de Transportación Aérea de Emergencia Médica al centro médico más cercano. Adicionalmente, brinda asistencia en la coordinación de una Repatriación Médica o Repatriación de Restos Mortales al país de residencia del asegurado.



**MEDICAMENTOS** | Los asegurados podrán disfrutar de excelentes descuentos en medicamentos en los EE.UU. gracias a nuestra alianza con OptumRx, que cuenta con la red de proveedores más grande del país con más de 67,000 farmacias. También, contarán con acceso al buscador de farmacias de OptumRx y se les brindará ayuda para conseguir los medicamentos necesarios para el tratamiento cuando no puedan encontrarlos en su país de residencia.



**SERVICIO DE HOSPEDAJE** | Coordinación de una estadía, corta o prolongada, para el asegurado y sus acompañantes, en hoteles o apartamentos cercanos al centro hospitalario seleccionado durante un tratamiento médico en los EE.UU.



**SERVICIOS ESPECIALES** | Coordinación de requerimientos especiales durante la estadía del asegurado en los EE.UU. Incluye: Equipos de Recuperación (Silla de Ruedas, Cama Post Quirúrgica, Oxígeno Portable, Muletas o Vaporizador) / Cuidados Especiales como Enfermera o Terapia Física a Domicilio / Otros servicios como Reservación de Auto o Renta de Celular. También ofrece la coordinación de Exámenes de Rutina en cualquier parte del mundo.



**PASAPORTE MÉDICO** | Asesoría para recibir tratamiento médico de calidad en países alternativos a los EE.UU. y elegir entre los mejores centros médicos y especialistas de Latinoamérica de acuerdo a la condición de salud del asegurado, a un costo más accesible.

## BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

(VIDA: Nova - Uniplus - Uniterm - Univida - Unidos - Horizon - Best Indexed)

## BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

(SALUD: todos los planes) (VIDA: Viva 100 - Multiterm - Term 95 - Term 100 - Best Guarantee - LifeTime - Best Indexed)

- **CHEQUE:** (Únicamente para pagos anuales, semestrales y trimestrales)
  - A nombre de **BMI**.
  - Debe ser de un banco estadounidense.
- **CHEQUES ELECTRÓNICOS** (Únicamente para pagos anuales, semestrales y trimestrales)
  - Cheque electrónico vía el portal [www.bmiportal.com](http://www.bmiportal.com)
- **TRANSFERENCIA BANCARIA:** (Únicamente para pagos anuales, semestrales y trimestrales)
  - Es **requisito** enviar copia del recibo de transferencia vía [bmicashier@bmicos.com](mailto:bmicashier@bmicos.com) para registrar el pago.
  - En caso de no identificar la transferencia en 30 días, se procede a la respectiva devolución.

Total Bank  
 2720 Coral Way, Miami, FL 33145  
 ABA No.: 066009155  
 SWIFT: TLBKUS3M  
 Cuenta No.: 0024238806  
 Beneficiario: BMI Services, Inc.  
 Referencia: Nombre del Asegurado y No. de Póliza
- **TARJETA DE CRÉDITO:** (Pagos Anuales, Semestrales, Trimestrales y Mensuales)
  - Realizar pago vía el portal [www.bmiportal.com](http://www.bmiportal.com)
  - Se aceptan Visa / Master Card / American Express / Diners Club International.
  - Para realizar pagos en moneda local se permite utilizar tarjeta de crédito Visa o Mastercard.
  - Excluye Ecuador y Venezuela
  - Se aplica recargo del 2% en todos los casos de vida.
  - El cargo debe ser realizado por el cliente o agente. No se aceptan pagos de terceros.
  - Para la modalidad de PAGO MENSUAL, es necesario registrar la Póliza para pagos automáticos o recurrentes. Para ello, se debe registrar una tarjeta de crédito, de la cual el sistema debitará automáticamente la prima mensualmente hasta que el registro sea cancelado.
  - No se aceptan tarjetas de crédito del agente para pagos mensuales.
- **PAGOS MENSUALES AUTOMÁTICOS POR DEDUCCIONES BANCARIAS (COM = CHECK-O-MATIC)**
  - Sistema de pagos que permite la deducción mensual automática de primas de una cuenta de banco de los Estados Unidos.
  - Para la modalidad de PAGO MENSUAL, es necesario registrar la Póliza para pagos automáticos o recurrentes.
  - Es necesario completar Formulario COM y enviar un cheque anulado junto con el pago de dos (2) meses
- **PAYPAL** (Pagos Anuales, Semestrales y Trimestrales)
  - Realizar pago vía el portal [www.bmiportal.com](http://www.bmiportal.com)
  - Se aplica recargo del 3% en todos los casos de vida.

### GENERALES:

- No se permite pagar con cheque de viajero, extranjero, de cajero o post fechado, ni en money orders
- BMI no acepta dinero enviado en efectivo
- No se permite la deducción de costos médicos en la prima remitida.
- No se permite la retención de comisiones. Remitir la prima completa en todos los casos.

## CONTRATACIÓN DE NUEVO AGENTE

<b>PASO 1</b> Descargar en la sección <b>Librería</b> del portal <a href="http://www.bmiportal.com">www.bmiportal.com</a> (categoría contratación):	1) Formulario de Contratación para Nuevo Agente 2) Formulario W-8 BEN o W-8 BEN E (Empresas Extranjeras) o W-9 (Ciudadanos, Residentes o Entidades Comerciales en los EE.UU.) 3) Manual de Cumplimiento 4) Contratos de Agente
<b>PASO 2</b> Enviar a BMI por correo electrónico a: <b>nuevoscontratos@bmicos.com</b>	1) Formulario de Contratación para Nuevo Agente completado en su totalidad 2) Formulario W-8 BEN, W-8 BEN E o W-9 según corresponda 3) Niveles de comisiones asignados de todos los productos firmados por el nuevo Agente y por el Agente General 4) Manual de Cumplimiento 5) Contratos de Agente firmados e inicializados por el Nuevo Agente y el Agente General. 6) Copia de Identificación personal firmada
<b>PASO 3</b>	Cuando se recibe el primer negocio* del nuevo Agente BMI procederá a otorgarle el <b>Código de Agente</b> <small>* BMI se reserva el derecho a solicitar un negocio adicional si el primero es una póliza para sí mismo o si el agente no cuenta con experiencia previa</small>
<b>PASO 4</b>	1) BMI enviará el contrato firmado por la compañía

## PORTAL DE AGENTES: WWW.BMIportal.COM

PASOS PARA REGISTRARSE	INFORMACIÓN DISPONIBLE EN EL PORTAL	PASOS PARA INSTALAR COTIZADOR DE VIDA Y/O SALUD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingrese a <a href="http://www.bmiportal.com">www.bmiportal.com</a></li> <li>• Seleccione la opción REGISTRAR</li> <li>• Complete los datos y presione REGISTRAR AHORA</li> <li>• Recibirá un correo electrónico con un <b>código pin</b>, haga clic en el botón CONFIRMAR REGISTRO</li> <li>• Se abrirá una ventana de internet. Haga clic en VERIFICAR AHORA</li> <li>• Haga clic en ACEPTA LOS TÉRMINOS</li> <li>• Complete la INFORMACIÓN solicitada y presione SIGUIENTE</li> <li>• Complete la INFORMACIÓN solicitada, así como las CREDENCIALES DE ACCESO y presione SIGUIENTE</li> <li>• Seleccione sus preferencias de NOTIFICACIONES y presione FINALIZADO</li> <li>• Recibirá un correo electrónico confirmando la activación de su cuenta en un plazo de 24-48 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitudes en proceso</li> <li>• Pólizas emitidas</li> <li>• Control de Pagos en Línea</li> <li>• Comisiones</li> <li>• Librería: circulares, información corporativa, material de ventas, cotizadores, formularios, condicionados de pólizas, presentaciones, manual de procedimientos</li> <li>• Estadísticas de producción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingrese a <a href="http://www.bmiportal.com">www.bmiportal.com</a></li> <li>• Coloque su usuario y contraseña</li> <li>• Haga clic en INGRESAR</li> <li>• Seleccione LIBRERÍA en el menú</li> <li>• En BUSCAR seleccione como categoría COTIZADORES</li> <li>• Siga las instrucciones que le indica el sistema para instalar</li> </ul>
<h3>MATERIALES DE VENTA</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El material debe ser solicitado enviando el <b>Formulario de Solicitud de Materiales</b> a: <b>material@bmicos.com</b></li> <li>• Es muy importante indicar la cantidad solicitada de material de acuerdo a sus proyecciones de ventas.</li> <li>• Para su comodidad, todas las solicitudes, formularios y materiales de mercadeo también se encuentran disponibles en versión digital en <a href="http://www.bmiportal.com">www.bmiportal.com</a> - sección <b>Librería</b></li> </ul>		

## GLOSARIO – Algunos conceptos básicos

<b>APS REPORTE DEL MÉDICO TRATANTE</b>	Consiste en un reporte del médico tratante requerido cuando el Propuesto Asegurado ha realizado alguna consulta en los 12 meses previos a la fecha de la solicitud.
<b>ANÁLISIS FINANCIERO AUDITADO</b>	Reporte de la situación financiera que indique Activos, Pasivos y Capital de Propuesto Asegurado, el cual debe estar debidamente certificado y firmado por un Contador o Abogado.
<b>ANEXO</b>	Cláusula adicional que implica cobertura disponible a una póliza de seguro de vida o salud, el cual expande los beneficios pagaderos y forma parte de la póliza. Algunas veces llamado endoso, suplemento o aditamento.
<b>BENEFICIARIO</b>	La persona o parte que el contratante de la póliza ha designado para recibir el beneficio de la misma.
<b>BENEFICIARIO PRIMARIO</b>	La persona o parte designada para recibir el producto de la póliza a la muerte del asegurado.
<b>BENEFICIARIO SECUNDARIO (CONTINGENTE)</b>	La persona quien recibirá el producto de la póliza si el beneficiario primario fallece antes que el asegurado.
<b>BENEFICIARIO REVOCABLE</b>	El beneficiario de una póliza de seguro de vida cuya designación como beneficiario puede ser cancelada por el dueño de la póliza en cualquier momento antes de su muerte.
<b>BENEFICIARIO IRREVOCABLE</b>	El contratante de la póliza no tiene derecho a cambiar la designación de beneficiario, a menos que el beneficiario lo conceda.
<b>CESIÓN DE GARANTÍA</b>	Cesión temporal del valor monetario parcial o total de la póliza de seguro de vida como garantía por un préstamo.
<b>COM=Check-O-Matic PAGOS MENSUALES AUTOMÁTICOS POR DEDUCCIONES BANCARIAS</b>	Sistema de pagos mensuales que permite la deducción mensual automática de primas a través de bancos de los Estados Unidos.

GLOSARIO - Algunos conceptos básicos (cont.)		
DERECHO DE EMISIÓN	Cargo administrativo que se agrega a la prima de las pólizas de Vida o de Salud.	
ESTADO FINANCIERO CONFIDENCIAL	Reporte de la situación financiera del Propuesto Asegurado.	
ILUSTRACIÓN	Proyección de valores que reflejan: los datos del Propuesto Asegurado, el plan de seguro, la suma asegurada y la prima. En los planes con acumulación de valores, generalmente se muestra el valor acumulado y los valores de rescate. Este estudio es meramente ilustrativo y no forma parte del contrato.	
OPCIÓN A	En los planes de vida Universales esta opción establece un monto de protección nivelado.	
OPCIÓN B	En los planes de vida Universales esta opción establece un monto de protección creciente.	
PAGOS MENSUALES AUTOMÁTICOS A TRAVÉS DE TARJETAS DE CRÉDITO	Sistema de pagos mensuales que establece los pagos de primas mensuales en forma automática. El dueño de la tarjeta debe registrarse para poder integrarse a este sistema.	
RED DE HOSPITALES	Grupo de hospitales que brindan servicio a los asegurados de los planes de Salud. El listado se provee en la página web: <a href="http://www.bmicos.com">www.bmicos.com</a>	
REPORTE DE INSPECCIÓN	Consiste en una entrevista confidencial realizada al Propuesto Asegurado por un agente especializado a fin de confirmar toda la información provista en la solicitud y en la documentación de soporte. Este requisito es coordinado por la Compañía.	
MIB	Medical Information Bureau. Asociación de compañías de seguros de vida sin fines de lucro que intercambian información entre sus miembros.	
REGIONES DE SALUD	REGIÓN 1	México (excluye Jalisco y Quintana Roo)
	REGIÓN 2	Guatemala, Panamá
	REGIÓN 3	Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Uruguay
	REGIÓN 4	Brasil
	REGIÓN 5	México (únicamente Jalisco y Quintana Roo)
	REGIÓN 6	Ecuador, Perú, Haití, Islas del Caribe, República Dominicana
	REGIÓN 7	Venezuela

# NOTAS



DATOS DE INTERÉS







BMI Building at Town Center One  
8950 SW 74th Court  
Miami, Florida 33156  
United States of America

✉ [bmi@bmicos.com](mailto:bmi@bmicos.com)  
Tel. +1[305]443-2898  
Fax +1[305]442-8486

[www.bmicos.com](http://www.bmicos.com)

