



## BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

## HORIZON

1. Asegurado propuesto Apellido/Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo

☐ Masculino ☐ Femenino

Nacionalidad \_\_\_\_\_

No. de ID o Referencia tributaria \_\_\_\_\_

(b) Domicilio (Calle/Número  
Ciudad/País/Código postal) \_\_\_\_\_

(c) Número de teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

(d) Dirección electrónica \_\_\_\_\_ (e) Fuente de ingreso \_\_\_\_\_

(f) Ocupación \_\_\_\_\_ Deberes \_\_\_\_\_

2. (a) Suma asegurada US \$ \_\_\_\_\_ (b) Efectivo pagado con la solicitud US \$ \_\_\_\_\_

(c) Frecuencia de pago \_\_\_\_\_

## 3. Beneficiarios

(a) Beneficiario(s) primario(s) Parentesco Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) Número de identificación %

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(a) Beneficiario(s) contingente(s) Parentesco Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) Número de identificación %

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4 (a) Titular de póliza Apellido/Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco con el asegurado propuesto No. de ID o Referencia tributaria \_\_\_\_\_

(b) Titular contingente Apellido/Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco con el asegurado propuesto No. de ID o Referencia tributaria \_\_\_\_\_

## 5. Seguro en vigor en todas las compañías del asegurado propuesto. Si no tiene indique "no tiene"

Nombre del asegurado Nombre de la compañía Fecha de emisión Suma asegurada

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

HORIZON

6. (a) ¿Reemplazará la póliza solicitada algún seguro en esta u otra compañía? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué compañía? \_\_\_\_\_

Suma asegurada \$ \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

(b) ¿Tiene alguna solicitud pendiente en otra compañía? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique a continuación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Todas las declaraciones y respuestas contenidas en esta solicitud son precisas y exactas. Queda convenido que estas declaraciones y respuestas formarán parte de la póliza. Solamente un funcionario autorizado de Best Meridian Insurance Company puede modificar la solicitud en alguna manera. 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 dueño recibe y acepta la póliza sin cambio alguno, (b) si la prima inicial se pagó en su totalidad y (c) todas las declaraciones hechas en la fecha de la solicitud son todavía exactas en la fecha en que se entrega la póliza. Cualquier cambio en la suma asegurada, edad, fecha de emisión de la póliza, plan de seguro o beneficios debe acordarse por escrito adonde 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. Certifico que el dinero utilizado para pagar las primas de esta póliza proviene de fuentes lícitas.

Certifico que el dinero utilizado para pagar las primas para esta póliza proviene de fuentes lícitas.

Autorizo a cualquier médico, hospital o clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros o de reaseguros, MIB, Inc. o agencia de información sobre el consumidor, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o pronóstico 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 a su representante legal 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 la original.

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 o incompleta será culpable de una felonía, delito mayor del tercer grado.

Fechada en	Lugar	/	Mes, Día, Año	Firma del testigo
				(Agente local autorizado, si la ley lo exige)
Firma del asegurado propuesto			Firma del titular de póliza	(Si no es el asegurado propuesto)

**BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY**  
**REPORTE DEL AGENTE**

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al asegurado propuesto? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al titular de la póliza? \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo conoce al asegurado propuesto?      Muy bien ☐      No muy bien ☐      Recién conocido ☐
4. ¿Quién inició los trámites para este seguro?      Agente ☐      Asegurado propuesto ☐      Titular de la póliza ☐
5. ¿Reemplazará el seguro solicitado cualquier otro seguro?      Si ☐      No ☐  
Si afirmativo, ¿ha cumplido con las disposiciones de reglamento para el reemplazo?      Si ☐      No ☐
6. ¿Cuál es el propósito de este seguro? \_\_\_\_\_
7. Fuente de ingreso para el asegurado propuesto \_\_\_\_\_
8. ¿Dió la notificación referente a MIB, Inc.?      Si ☐      No ☐

Fecha en      Lugar      /      Mes, Día, Año      Firma del agente \_\_\_\_\_  
(Agente local autorizado, si la ley lo exige)

Nombre	_____	Código del	_____	_____	_____ %
del agente	_____	agente	_____	Porcentaje	_____ %
	_____		_____		_____ %

✂-----

**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 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. Teléfono (866) 692-6901.

**DEBE ENTREGARSE AL ASEGURADO PROPUESTO**