

Solicitud de Inclusión de Dependientes de Seguro de Salud

Favor completar esta solicitud con letra imprenta. No debe omitir ninguna información. **Modalidad:** Contributiva No Contributiva
Colones Dólares

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”.

Por la presente solicito a ASSA Compañía de Seguros S.A., la inclusión en el Seguro ASSA Salud Empresarial – Suma Asegurada Anual Renovable:

Queda entendido que el seguro no entrará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aprobada por la Compañía de conformidad con las políticas de suscripción del riesgo establecidas.

1. Lugar y fecha en que se completa

La presente Solicitud de Seguro, es completada en la ciudad de _____, el día _____ de _____ del año _____.

2. Número de póliza y tomador

2.1. Número de Póliza de Salud: _____

2.2. Nombre del Asegurado Principal de Póliza: _____

2.3. Tomador de la Póliza: _____

3. Datos de los dependientes

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento			Estatura Mts.	Peso Lbs.	Parentesco	Cédula de Identidad	Médico de Cabecera
	Día	Mes	Año					
						Conyuge		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		

Favor indicar si alguno de los hijos es adoptado:

4. Antecedentes Personales:

Es indispensable contestar a cada pregunta Sí o No.				Si alguna de estas preguntas ha sido contestada "Sí", sírvase dar detalle con respecto a fechas, diagnóstico, nombre del médico, etc.
1)	¿Cáncer, quistes algún tumor?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
2)	¿Derrame, isquemia cerebral, enfermedad cerebro vascular?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
3)	¿Dolor de cabeza, migraña?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
4)	¿Epilepsia, convulsiones, alguna enfermedad del Sistema Neurológico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
5)	¿Alguna enfermedad mental, ansiedad, depresión, trastorno de deficit atencional?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
6)	¿Alteración, afección de los ojos, oídos, nariz, boca, garganta?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
7)	¿Alteraciones de la tiroides: bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo, inflamación de la tiroide, nódulos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
8)	¿Se le ha detectado el azúcar alta, se le ha encontrado alguna vez azúcar en la orina?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
9)	¿Trastornos hormonales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
10)	¿Enfermedades de la piel?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

11)	¿Asma, enfermedad pulmonares?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
12)	¿Alguna enfermedad del corazón?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
13)	¿Se le ha encontrado alguna vez la presión arterial alta?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
14)	¿Alteración del Sistema Digestivo: esófago, estómago, intestino delgado/grueso, hígado, vesícula, páncreas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
15)	¿Alteración o afección de los riñones, uréteres, vejiga, uretra, infección urinaria, orina con sangre?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
16)	¿Enfermedades de las articulaciones (artritis, reumatismo, gota, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
17)	¿Ha padecido de la columna vertebral, discos, radiculopatías, lesiones en los huesos (osteoporosis osteopenia)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
18)	¿Ha tenido gigantomastía?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
19)	¿Alguna enfermedad de la sangre?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
20)	¿Ha tenido la prueba de Virus del Sida positiva?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
21)	¿Enfermedades infectocontagiosas, toxoplasmosis, meningitis, herpes, enfermedad de transmisión sexual, hepatitis, dengue?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
22)	Alguna enfermedad, malformación o lesión congénita?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
23)	¿Alguna vez ha usado alguna droga como: marihuana, cocaína, anfetaminas, u otros similares?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
24)	¿Ingiere bebidas alcohólicas? detalle, clase, frecuencia y cantidad	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
25)	¿Está tomando algún medicamento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
26)	¿Ha tenido alguna operación o intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
27)	¿Ha tenido alguna alteración de salud, ha consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico de alguna otra enfermedad o condición no mencionada anteriormente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

4.1. En caso de respuestas afirmativas a las preguntas de la declaración de asegurabilidad, favor dar amplia información:

Pregunta No.	Nombre del Solicitante y/o Dependiente	Enfermedad Diagnosticada / Operación	Fecha de Ocur. DD/MM/AA	Nombre/Dirección del Médico y Hospital - Teléfono

IMPORTANTE: SE REQUIEREN LAS COPIAS DE LOS CERTIFICADOS DE MATRIMONIO Y DE NACIMIENTO, SEGÚN CORRESPONDA.

5. Otros Temas

Favor lea detenidamente esta sección-firmar y fechar

Autorización del Propuesto Asegurado para el acceso a Expedientes Médicos, Revelación de Datos Médicos:

Por este medio autorizo a los médicos y tecnólogos del sector salud que me han examinado en hospital, clínica y otros centros de salud tanto públicos como privados las cuales se encuentran localizados tanto dentro como fuera de la República de Costa Rica, para que suministren información completa (incluyendo copia de sus archivos sobre cualquier tipo de tratamiento) en relación con esta solicitud a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** Asimismo, autorizo a **ASSA Compañía de Seguros S.A.**, para que solicite de las personas o entidades que resguarden o custodien información relacionada con los aspectos que influyen en la determinación del riesgo moral y/o financiero del Propuesto Asegurado.

Firma del Solicitante

Cédula/Pasaporte. del Solicitante

Declaraciones y Manifestaciones del Propuesto Asegurado y Solicitud de Inclusión

Declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El presente cuestionario fue debidamente contestado, responde en forma fiel y exacta a la verdad real de los hechos y a mi condición actual de salud.
2. En caso que mis respuestas y declaraciones en esta solicitud llegaren a afectar la apreciación del riesgo o si se comprobare falsedad en ellas, comprendo que los actos realizados para el otorgamiento de la cobertura podrían ser nulos en forma relativa o absoluta, según sea el caso.
3. Reconozco que la cobertura del seguro entrará a regir una vez que la presente manifestación de consentimiento haya sido aceptada por la Compañía de Seguros.

Manifiesto que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, y que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento.

Firma del Propuesto Asegurado

Fecha

Intermediario de Seguros

Espacio para uso de ASSA Compañía de Seguros, S.A.			
Fecha de Recibo:		Fecha de Aceptación/Rechazo:	
Póliza No.:		Certificado No.:	
Condiciones Preexistentes:			
Condiciones preexistentes excluidas permanentemente			
Código/Diagnóstico	Persona	Código/Diagnóstico	Persona
C.W. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Observaciones:		Fecha efectiva

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P20-64-A05-508 y P20-64-A05-509 de fecha 28 Febrero de 2014.