

Solicitud de Seguro (Propuesto Asegurado)

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 y Seguro Colectivo de Vida:

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 Vida: _____ 2.2. Número de Póliza Salud: _____.

2.3. Tomador de la Póliza: _____.

3. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo del solicitante _____ Sexo: F M

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Residencia No. _____ Nacimiento: Día: ____ Mes ____ Año _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo Divorciado(a) Union Libre

Nota: En caso que su estado civil corresponda **UNION LIBRE** favor indicar el tiempo de convivencia con su pareja: ____ años

Domicilio del propuesto Asegurado: Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Dirección Exacta: _____

Teléfonos/Residencia: _____ Celular: _____ Oficina: _____

Profesión: _____ Ocupación Actual: _____

Nacionalidad: _____ Correo Electrónico: _____

4. DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

La Compañía cubrirá los costos de las prestaciones médicas cubiertas y requeridas por cada Asegurado o Familiar Asegurado, si lo hubiere, para la prevención de enfermedades y/o accidentes, el cuidado y mantenimiento de la salud o la recuperación de la misma en caso de sufrir un evento amparado hasta el Monto Máximo de Cobertura.

En caso de ocurrir un siniestro cubierto La compañía indemnizará la suma contratada a los beneficiarios designados por el asegurado en la póliza de vida siempre que la causa de muerte no se encuentre excluida.

5. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO (Formulario con declaración incompleta será devuelto al propuesto asegurado)

5.1. Historia Médica

En caso de que usted esté completando una solicitud para usted y su familia, recuerde que todas las preguntas deben ser contestadas pensando en cada uno de los miembros de su familia.

Las Declaraciones que hace el solicitante forman parte de la solicitud presentada a ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Nota al Intermediario de Seguros: Cada pregunta deberá ser leída al Propuesto Asegurado.

Nota al Solicitante: Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud. Conteste

Estatura Exacta (cm): _____ Peso Exacto (kg): _____

¿Le ha sido diagnosticado, informado o está en tratamiento por algún padecimiento? SI NO

En caso afirmativo favor indique fecha, diagnóstico y condición actual _____

¿Qué tratamiento le fue suministrado o qué medicamentos le fueron recetados?

5.2. Mencione el nombre de los médicos que lo han atendido en lo últimos 5 años.		
Nombre:	Dirección:	Teléfonos:
Nombre:	Dirección:	Teléfonos:
Nombre:	Dirección:	Teléfonos:

5.3. Detalle de los seguros en vigor a su nombre.		
Compañía:	Seguro de Salud/Gastos Médicos	N° de Póliza

6. INFORMACION DE DEPENDIENTES PARA EL SEGURO DE SALUD

Favor listar todos los miembros de la familia a incluir dentro de esta sección, por orden de edad, siendo primero el mayor.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento			Estatura (cms)	Peso (kgs)	Parentesco	Cédula de Identidad
	día	mes	año				
						<input type="checkbox"/> 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"/>	

Si voluntariamente no incluyó a algún familiar, indique quién y por qué causa

Nombre	Causa

7. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

Nombre Completo del Beneficiario	Cédula	%	Parentesco	Beneficiario de contingencia (marque con una x)

8. PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

Desde: ___ / ___ / _____ Hasta: ___ / ___ / _____

9. ELECCIÓN DE COBERTURAS SALUD

COBERTURA BÁSICA	SUMA ASEGURADA (DE USD\$ 50,000.00 a USD\$ 1,000,000.00)
1. Hospitalización 2. Prevención y Mantenimiento de la Salud 3. Consulta Externa 4. Farmacia <input checked="" type="checkbox"/> 5. Servicios Dentales 6. Embarazo y Maternidad	
COBERTURA ADICIONAL – OPCIONAL	
7. Servicios Odontológicos Adicionales <input type="checkbox"/>	

10. ELECCIÓN DE COBERTURAS VIDA

COBERTURA BÁSICA	SUMA ASEGURADA
1. Muerte por Cualquier Causa <input checked="" type="checkbox"/>	
COBERTURAS ADICIONALES – OPCIONAL	
2. Muerte Accidental y Desmembramiento <input checked="" type="checkbox"/> 3. Renta por Incapacidad Total y Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	

11. OTROS TEMAS

11.1. Autorización para Pago de Reclamaciones de Gastos Médicos

Datos bancarios

Nombre del titular de la cuenta: _____

Banco: _____ Moneda: Colones Dólares Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente

N° de IBAN: _____ *E-mail: _____

Firma: _____ *Importante que tenga correo electrónico, de esa forma recibirá
(Representante Legal) notificación del pago o reembolso de su reclamo.

11.2. Autorización del Propuesto Asegurado para el Acceso a Expediente 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, 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: _____ Cédula: _____

11.3. 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.

12. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro.

13. INDICACIÓN DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN PREVIO AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Acepto haber recibido la información relativa a los términos y condiciones de esta póliza, así como el presente documento, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso de suscribir la presente póliza colectiva. También he sido enterado de que la eficacia de las coberturas está sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

Acepto los términos y condiciones de la cotización emitida por la Compañía para el proceso de análisis y aceptación del riesgo que será cubierto por el seguro; asimismo confirmo que antes de tomar este seguro he leído y comprendido las Condiciones Generales, la información establecida en la página web: <http://www.assanet.cr/servicios-al-cliente/condiciones-generales/condicionesgenerales-seguros/> y demás datos que regula el artículo 12 de la Ley 8956 y artículos 24 y siguientes del Reglamento sobre comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10).

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-

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 2014 y **P14-26-A05-200** y **P14-26-A05-201** de fecha 14 de Mayo de 2012.