

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

Lugar _____ Fecha: Día ____ / Mes: ____ / Año: ____

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

1. N° de póliza:	N° de Certificado:	<input type="checkbox"/> Ingreso de Asegurado	<input type="checkbox"/> Ingreso de Dependiente
Tomador:		Identificación:	

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre:	Primer Apellido	Segundo Apellido
N° de Identificación:	Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula Nacional <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____	País de Residencia
Teléfono:	Correo electrónico:	
Teléfono celular:	Aparado postal:	Fax:

Dirección exacta de domicilio:

País: _____ Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Estado civil: Casado Separado Divorciado Viudo Soltero Unión Libre

NOTIFICACIONES

Medio para ser notificado: Correo electrónico Teléfono Dirección física Fax

La presente póliza contiene la COBERTURA BÁSICA POR MUERTE y las siguientes Coberturas que pueden ser contratadas en forma adicional: COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL O DESMEMBRAMIENTO, COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS, COBERTURA DE ENFERMEDADES CRÍTICAS Y/O, CATASTRÓFICAS, COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, COBERTURA DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

El Solicitante deberá llenar la "Declaración de salud para un Seguro de Vida", la "Autorización para consulta de expedientes" y aportar copia del documento de identificación. El mismo certifica que las respuestas dadas en esta solicitud son precisas y exactas.

DECLARACIÓN DE SALUD DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA ANUAL RENOVABLE (DÓLARES)

Peso	Kilogramos:	Libras:	Estatura	Metros:	Pies:		
CUESTIONARIO DE SALUD: En todo este cuestionario, por favor indicar "Sí" o "No"						Sí	No
1. Enfermedad de los ojos o los oídos, problemas de la voz o cuerdas vocales.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mareos, desmayos, convulsiones, epilepsia, dolor de cabeza, meningitis, parálisis o derrame cerebral						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Falta de aliento, sangre en esputo, bronquitis, asma, tos persistente, enfisema o trastorno respiratorio crónico						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolor de pecho, palpitaciones, presión alta, várices, trombosis, trombofilia, hemofilia, soplo en el corazón, ataque cardíaco, fiebre reumática u otro trastorno del corazón o de los vasos sanguíneos						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ictericia, sangrado intestinal o digestivo, diarrea crónica, úlcera, colitis, indigestión recurrente o cualquier otra enfermedad del estómago intestinos hígado o vesícula						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Azúcar, proteinuria, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, piedras u otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, menstruación, complicaciones de embarazo o de órganos reproductivos						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Diabetes, obesidad, colesterol alto, trastorno de tiroides u otro trastorno endocrino o metabólico						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Trastorno de las mamas u órganos pélvicos						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Neuritis, artritis, lumbalgia, trastornos de los músculos o huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda o las coyunturas?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trastorno de la piel, inflamación o problemas de ganglios, tumor o cáncer						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Anemia, otro trastorno de la sangre o enfermedad del sistema inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Alcoholismo o adicción a drogas, si fuma o ha fumado indique cantidad y tiempo de consumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Depresión, ansiedad, trastorno bipolar, pánico o cualquier trastorno físico o mental que no se haya mencionado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha tenido un examen físico, consulta o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica u otra institución médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se le ha hecho un electrocardiograma, rayos X u otra prueba diagnóstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Se le ha recomendado algún examen diagnóstico, hospitalización o cirugía que aún no se haya realizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sido diagnosticado o tratado por un miembro de la profesión médica como persona que padece síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado al SIDA (ARC por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Está en este momento bajo alguna observación médica o tratamiento que no se haya mencionado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tiene alguna deformidad o anomalía física, amputación, o enfermedad degenerativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Está usted embarazada en este momento? Si contesta "si", ¿Cuál es la fecha estimada del parto? Día: ___ / Mes: ___ / Año: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió con "Si" a una o varias de las preguntas anteriores, favor ofrecer la siguiente información adicional:

N° de pregunta	Nombre de la enfermedad, Diagnóstico, tratamiento, medicamentos, médico	Fecha de Inicio	Nombre, dirección y teléfono del médico u hospital	Estado actual (Indicar si está curado, en tratamiento, de alta o con seguimiento)

PREGUNTAS ADICIONALES

Sí No

1. ¿En algún momento ha solicitado un seguro o una rehabilitación de seguro que haya sido declinada, pospuesta, clasificada modificada o alguna vez dicho seguro ha sido cancelado o se ha denegado la renovación de una póliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿En algún momento ha recibido o solicitado beneficios de indemnización o un pago por alguna lesión, enfermedad o condición de discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha participado o planifica participar en cualquier tipo de carreras motorizadas, buceo, paracaidismo, vuelo con ala delta, viaje en globo escalamiento de montaña o algún otro deporte peligroso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿En algún momento ha hecho vuelos como piloto, estudiante de aviación o integrante de la tripulación de cualquier aeronave o tiene la intención de hacerlo? (si indica "si", complete el cuestionario de pasatiempos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sido acusado, pero no absuelto de violar cualquier ley criminal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido alguna infracción de vehículo de motor por exceso de velocidad o conducción temeraria o su licencia de conducir ha sido suspendida o revocada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Trabaja usted en seguridad pública o privada, pertenece a algún ejército, milicia o utiliza algún tipo de arma para sus labores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Viaja usted más de cuatro veces al año fuera de Costa Rica? Indique dónde y por cuánto tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En algún momento se ha declarado en quiebra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió con "Sí" a una o varias de las preguntas anteriores, favor ofrecer información adicional:

<input type="checkbox"/> No tengo médico personal		MÉDICO PERSONAL	
Nombre:		Teléfono:	
Dirección:			
Fecha y razón de última consulta:			
Tratamiento brindado o medicamento recetado:			

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE: Manifiesto de manera inequívoca que he leído todas las preguntas contenidas tanto en este formulario como en el de solicitud del seguro, los cuales forman parte integrante de esta póliza y que las respuestas a las mismas son ciertas, completas y verdaderas. Esta póliza se emite tomando en consideración que todas las respuestas dadas a todas las preguntas de la solicitud son veraces y completas. Cualquier omisión o información incorrecta puede causar que cualquier reclamación fuere rechazada, asimismo, entiendo que la falsedad u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra la Compañía y conllevar la devolución de la prima y la cancelación del contrato de seguro. No le compete al solicitante, la decisión de si un padecimiento, enfermedad o procedimiento, es o no relevante.

4. Designación de beneficiarios para la cobertura de muerte natural y accidental del asegurado principal.						
Beneficiario 1		Nombre:		Primer apellido:		Segundo apellido:
Nº de identificación		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")				
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro	
Parentesco		Género		Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio
		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	Día:	Mes:	Año:
Domicilio del beneficiario						
Teléfono/e-mail del beneficiario						
Beneficiario 2		Nombre:		Primer apellido:		Segundo apellido:
Nº de identificación		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")				
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro	
Parentesco		Género		Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio
		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	Día:	Mes:	Año:
Domicilio del beneficiario						
Teléfono/e-mail del beneficiario						
Beneficiario 3		Nombre:		Primer apellido:		Segundo apellido:
Nº de identificación		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")				
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro	
Parentesco		Género		Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio
		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	Día:	Mes:	Año:
Domicilio del beneficiario						
Teléfono/e-mail del beneficiario						
Plazo de vigencia:		Desde: ____/____/____			Hasta: ____/____/____	

RECARGO POR FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS Mensual: 0.0875 Trimestral: 0.2600 Semestral: 0.51 Anual: sin recargo

ASSA Compañía de Seguros S.A., por mandato de ley está obligada y por tanto se compromete, a que la información suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza, queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del solicitante o asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial. PROCESO DE

ANÁLISIS YA CEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD. La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada, postergada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contando a partir de la fecha de recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se etenderá aceptada a favor del solicitante. En caso de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. Adicionalmente, el solicitante podrá obtener información sobre el trámite de aceptación de la solicitud con el intermediario de seguros, al correo electrónico clientes@assanet.com o al teléfono 4052-4660. 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.

ENTREGA DE INFORMACIÓN. MANIFIESTO que he tenido acceso y he recibido la información necesaria previa al perfeccionamiento del contrato del seguro.

Firma Asegurado Propuesto

Fecha: Día/Mes/ Año

Firma Asegurado Propuesto

Código del intermediario

Firma del intermediario

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el Registro número: P14-26-A05-1014 SEGURO COLECTIVO DE VIDA FLEXIBLE ANUAL RENOVABLE EN COLONES, de fecha 19 de abril 2022.