

Solicitud N°

En relación a la presente solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado en la Póliza N° _____, correspondiente al Grupo Asegurable _____ y para ese fin proporciono la siguiente información:

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre Completo:	Tipo de Identificación:	No. De Identificación:
Ocupación:	Estado Civil:	Sexo:
Nacionalidad:	Fecha Nacimiento:	Ocupación /Profesión /Oficio/:
N° Certificado: (si es inclusión de dependiente)	Estatura (Metros):	Peso (kg):

2. DIRECCIÓN

País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección:			
Teléfono:	Correo Electrónico:	Fax:	
Medio para Recibir Notificaciones: Dirección	<input type="checkbox"/>	Fax	<input type="checkbox"/>
		Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>

3. DATOS DE COBERTURAS Y DEPENDIENTES

Asegurados Dependientes:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	N° DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	ESTATURA	PESO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Advertencia:

En caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

4. DECLARACIÓN DE SALUD

Por favor marque con una "X" la respuesta a cada pregunta. En caso de respuesta/s afirmativa/s, por favor en el espacio "PARA QUIÉN APLICA" y "aclaraciones para respuesta afirmativa" especifique: para quien aplica (principal o inciso del dependiente a que corresponde), fecha, duración, tratamiento y estado actual. Si fuera necesario utilice una/s hoja/s adicional/es.

PREGUNTA	Respuesta	¿Para quién aplica?	Aclaraciones para respuesta Afirmativa
1. ¿Ha consultado al médico en los últimos 12 meses?	NO SI		
2. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?	NO SI		
3. ¿Ha estado internado en algún Hospital o Sanatorio?	NO SI		
4. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad?	NO SI		
5. ¿Está sujeto a algún tratamiento?	NO SI		

6. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	NO	SI		
7. ¿Le falta algún miembro o parte de él?	NO	SI		
8. ¿Tiene alguna deformidad?	NO	SI		
9. ¿Tiene algún defecto de la vista?	NO	SI		
10. ¿Tiene algún defecto auditivo?	NO	SI		
11. ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?	NO	SI		
12. ¿Se le han hecho electrocardiogramas?	NO	SI		
13. ¿Se le han hecho estudios de Rayos X?	NO	SI		
14. ¿Padece o ha padecido de tensión arterial?	NO	SI		
15. ¿Ha padecido durante su vida, alguna enfermedad grave?	NO	SI		
16. ¿En los últimos años ha consultado o fue tratado por algún médico a causa de SIDA? En caso positivo, por favor abajo proporcione el nombre del médico, su teléfono, dirección y fecha del tratamiento.	NO	SI		
17. Para candidatas de sexo femenino, por favor responder lo siguiente:				
A) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo?	NO	SI		¿Cuál?
B) ¿Está actualmente embarazada?	NO	SI		¿De cuántos meses?
C) ¿Ha tenido abortos?	NO	SI		¿Cuántos? ¿En qué fecha?
D) ¿Cuántos partos ha tenido? ¿Hubo anomalías en alguno?	NO	SI		¿Cuál?

HABITOS:

¿Se considera en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajo y/o estudio	NO	SI	En caso negativo detalle quién y por qué					
			¿Para quién aplica?	CLASE	Cantidad diaria	Desde cuándo? (preguntas de 1 a 3.1)	Hasta cuándo? (solo preguntas de 1 a 3.1)	
1. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	NO	SI						
1.1 ¿Las ha ingerido anteriormente?	NO	SI						
2. ¿Usa drogas llamadas narcóticos o estimulantes?	NO	SI						
2.1 ¿Ha usado drogas anteriormente?	NO	SI						
3. ¿Fuma cigarrillos, cigarros o pipa?	NO	SI						
4. ¿Ha cambiado de peso en el último año?	NO	SI		Kilos Aumentados:	Kilos Disminuidos:	Causas:		
5. ¿Ha recibido de una Compañía de seguros o de otra institución, alguna indemnización a causa de lesión o enfermedad?	NO	SI		Detalle:				
6. ¿Ha piloteado o piensa pilotear alguna aeronave?						NO	SI	
6.1 ¿Vuela frecuentemente como pasajero en aviones particulares?						NO	SI	
6.2 ¿Practica algún deporte o aficiones peligrosas?						NO	SI	
Si una de las respuestas a las preguntas 6 y 6.1 es afirmativa, por favor llene el cuestionario de Aviación								
7. Si es comerciante o industrial: ¿Cuál es el principal giro de sus negocios?								
8. ¿Tiene otras actividades o "hobbies", diferentes a los de mayor riesgo?							NO	SI
Detalle cuáles y para quién aplica:								
9. ¿Ha solicitado seguro en otra Compañía?							NO	SI

Indique cantidad, Compañía y para quién aplica:

10. ¿Ha sido rechazado, pospuesto o extraprimado en ésta u otra Compañía?	NO	SI					
Especifique para quién aplica:							
11. Si ha tenido Seguro de Vida con anterioridad favor detallarlos a continuación.							
Para quién aplica	Suma Asegurada	Compañía	Plan	N° Póliza	¿En Vigor?	NO	SI

Declaraciones y Advertencias:

El abajo firmante declara y acepta que la información y respuestas anteriores son completas y verídicas y que son la base para mi Póliza de Seguro. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa sobre hechos o circunstancias que conocidos por esta Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, eximirá a Aseguradora del Istmo (ADISA), S.A. del pago de reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en los artículos 31 y 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley 8956 de Junio de 2011.

Yo el firmante, por medio de la presente, en caso de mi muerte autorizo por este medio, a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. información sobre antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de mis historias clínicas. Lo anterior con el único propósito de corroborar mi estado de salud al momento de diligenciar este documento o las circunstancias de mi fallecimiento.

Firma del Solicitante

Fecha

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 N° 8653, bajo el registro N° P20-64-A07-399 de fecha 17 de enero de 2013.