

Este documento sólo 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.

## POLIZA COLECTIVA DE SALUD DOLARES SOLICITUD DE SEGURO PARA GRUPOS PEQUEÑOS

1) Por la presente se solicita a **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.** la emisión de una Póliza Colectiva de salud (Dólares) para los empleados del contratante y sus familiares dependientes (si aplica). Si la misma es aceptada, la póliza será emitida de la manera siguiente:

**a) INFORMACION GENERAL DEL PATRONO O CONTRATANTE:**

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 CEDULA JURIDICA: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO / FAX: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**FRECUENCIA DE PAGO:**

	Mensual
	Trimestral
	Semestral
	Anual

**b) FECHA DE VIGENCIA:**

1	15	MES	AÑO
---	----	-----	-----

**c) CONTRIBUCION EN EL PAGO DE PRIMAS:**

CONTRIBUCION EN EL PAGO DE PRIMAS	POLIZA COLECTIVA DESALUD		Nota: El plan es contributivo cuando los Asegurados contribuyen al pago de primas. El plan es no contributivo cuando el patrono o Contratante cubre por su cuenta la prima total de la póliza.
	NO CONTRIBUTIVA	CONTRIBUTIVA	
<b>Empleado</b>	%	%	
<b>Dependiente</b>	%	%	

**d) ELEGIBILIDAD:** Los Afiliados que sean empleados actuales de tiempo completo (no menos de 40 horas semanales) activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles al seguro médico.

**e) INDEMNIZACION EN MONEDA:** Dólares Americanos.

**f) DEDUCIBLES, COASEGUROS Y COPAGOS:**

**Coaseguro:**  20%  Otro: \_\_\_\_\_% **Deducible año calendario:**  \$100.00  \$150.00

**Copago: Consulta Médica:**  \$15.00 **Exámenes:**  20%  Otro: \_\_\_\_\_%

**2) QUEDA ACEPTADO DE CONFORMIDAD POR EL CONTRATANTE QUE:** Toda la información indicada en la Propuesta firmada ha sido leída y que todos los términos y condiciones de la misma han sido aceptados por el Contratante. Asimismo, que toda la información necesaria administrativa concerniente a todos los Asegurados, o empleados y sus familiares dependientes estarán sujetos a las estipulaciones de las(s) póliza(s) y deberá ser suministrada a la Compañía de Seguros por el patrono o Contratante, y que esta solicitud formará parte del Contrato que será emitido por la Compañía y que todas las declaraciones contenidas aquí son verdaderas.

Autoriza expresamente que la Compañía publique la lista de los proveedores de la red en el sitio oficial de internet de la aseguradora [http://www.palig.com/Regions/costa\\_rica.aspx](http://www.palig.com/Regions/costa_rica.aspx)

**3) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PREVIO A SUSCRIBIR ESTE FORMULARIO:**

a) Información de los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos del producto; b) Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza; c) Período de vigencia del seguro; d) Procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro; e) Causas de extinción del contrato; f) Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento; g) Derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, ante una entidad aseguradora o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

**Lugar y Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Contratante:** \_\_\_\_\_

Sello de la empresa

**Representante Legal del Contratante:** \_\_\_\_\_

Firma

**Nombre del Intermediario:** \_\_\_\_\_ **No. Licencia SUGESE:** \_\_\_\_\_

Sello del intermediario

**Intermediario:** \_\_\_\_\_

Firma