

SOLICITUD COMBINADA DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS Y ACCIDENTES PERSONALES

I- PÓLIZA(S) SOLICITADA(S)

Seleccione el producto (s) para el cual solicita cobertura:

<input type="checkbox"/> PAN-AMERICAN ACCESO MUNDIAL	<input type="checkbox"/> SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL PANAMEDIC (DOLARES)	<input type="checkbox"/> PAN-AMERICAN HEALTH ACCESS (DÓLARES)
<input type="checkbox"/> PAN-AMERICAN ACCESO PREFERENCIAL	<input type="checkbox"/> SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES (DÓLARES)	
<input type="checkbox"/> Póliza nueva	<input type="checkbox"/> Adición de dependientes	<input type="checkbox"/> Cambio de plan
<input type="checkbox"/> Rehabilitación	Número de Póliza	<input type="text"/>

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.

Lugar y fecha Día Mes Año en que se completa la solicitud. **LIVE UW #**

II- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido			
Peso (Kg)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado civil *	Cédula	Ocupación
Descripción exacta de la ocupación				Dirección de trabajo		
*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho)						
En caso de reclamo directo, anotar su cuenta cliente (17 dígitos)						
Número de Cuenta Ahorros	<input type="text"/>	Moneda:	<input type="checkbox"/> Dolares <input type="checkbox"/> Colones			
Número de Cuenta Corriente	<input type="text"/>	Banco	<input type="text"/>			

III- INFORMACIÓN DEL PAGADOR

Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Número de Cédula
--------	----------------	-----------------	------------------	------------------

IV- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Dirección residencial

Dirección			
Provincia	Ciudad	País de Residencia	Tiempo de Residencia
Dirección Postal			
Dirección (si es diferente de la anterior)			
Provincia	Ciudad		
Teléfonos de Contacto (Celular, Casa u Oficina)		Correo electrónico	

IV- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (CONTINUACIÓN)

1. ¿Tiene usted y todos los solicitantes una residencia legal y permanente en Costa Rica? **Sí** o **No**
2. ¿Actualmente usted o algún solicitante reside legalmente en los Estados Unidos de América por un período de 6 meses o más ininterrumpidos durante un período de 365 días? **Sí** o **No**
3. ¿En qué países están usted y todos los solicitantes del seguro autorizados a residir de forma legal, permanente o temporalmente?
4. ¿Usted o algún solicitante tiene múltiple nacionalidad o pasaporte? **Sí** o **No** País

V- INFORMACION DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES

Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Parentesco	Peso (kg)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año		Sexo	Estado civil *	Ocupación	Cédula
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Parentesco	Peso (kg)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año		Sexo	Estado civil *	Ocupación	Cédula
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Parentesco	Peso (kg)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año		Sexo	Estado civil *	Ocupación	Cédula
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Parentesco	Peso (kg)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año		Sexo	Estado civil *	Ocupación	Cédula
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Parentesco	Peso (kg)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año		Sexo	Estado civil *	Ocupación	Cédula
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Parentesco	Peso (kg)	Estatura (mts)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año		Sexo	Estado civil *	Ocupación	Cédula
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Unión Libre (Unión de Hecho)

VI- BENEFICIARIOS

Aplica para la cobertura de vida disponible en el seguro PANAMEDIC en los planes Diamante, Oro, Plata y para la cobertura de muerte accidental en la Poliza Accidentes Personales. Identifique la cantidad del porcentaje hasta un máximo de 100%.

Beneficiario (s)*	Porcentaje	Parentesco	Tipo de ID					No. Identificación	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año
			C.I.	C.R.	E.N.R.	DIMEX	DIDI		
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						

Beneficiario (s) Suplemente (s)	Porcentaje	Parentesco	Tipo de ID					No. Identificación	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año
			C.I.	C.R.	E.N.R.	DIMEX	DIDI		
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						

C.I.: Cédula de Identidad C.R.: Cédula Residencia E.N.R.: Extranjero No Residente DIMEX: Documento Único de Identificación para Extranjeros DIDI: Documento de Identificación para Diplomáticos

Advertencia: En el caso de 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 las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos y otros cargos similares y no considerarán 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 nombre beneficiarios al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrán una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en el contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

VII- PLAZO DE VIGENCIA

ANUAL

VIII- PLAN A ELEGIR

SELECCIONE EL PRODUCTO (S) PARA EL CUAL SOLICITA COBERTURA:

Fecha de efectividad que solicita para la cobertura:

Día Mes Año

Por favor seleccione un producto:

- PAN-AMERICAN ACCESO MUNDIAL**
 -- Cobertura Máxima: \$5,000,000
 Por favor seleccione un deducible anual: \$1,000 \$2,000 \$5,000 \$10,000 \$20,000
- PAN-AMERICAN ACCESO PREFERENCIAL**
 -- Cobertura Máx.: \$2,000,000
 Por favor seleccione un deducible anual: \$1,000 \$2,000 \$5,000 \$10,000 \$20,000
- PAN-AMERICAN HEALTH ACCESS (DÓLARES)**
 -- Sin cobertura de Maternidad
 Por favor seleccione un deducible anual: \$1,000 \$2,000 \$5,000 \$10,000 \$20,000
- PAN-AMERICAN HEALTH ACCESS (DÓLARES)**
 -- Con cobertura de Maternidad*
 Por favor seleccione un deducible anual: \$1,000 \$2,000

*Cobertura de maternidad solo disponible para los deducibles de \$1,000 y \$2,000

- SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL PANAMERIC (DÓLARES)** Por favor seleccione el plan:

- Plan Diamante Plus – Cobertura Máxima: \$1,000,000
 Plan Diamante – Cobertura Máxima: \$500,000
 Plan Plata – Cobertura Máxima: \$150,000
 Plan Oro – Cobertura Máxima: \$350,000
 Plan Selecto – Cobertura Máxima: \$50,000

- SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES – MODALIDAD INDIVIDUAL (DÓLARES) – Solo a la venta en conjunto con un producto de salud individual.**

	Plan A	Plan B	Plan C
Enfermedades Graves*	<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> \$20,000
Enfermedades Graves* y Renta diaria por hospitalización por accidente y/o enfermedad	<input type="checkbox"/> \$10,000 (Enfermedades Graves) \$50 (Renta diaria por hospitalización por accidente y/o enfermedad)	<input type="checkbox"/> \$10,000 (Enfermedades Graves) \$100 (Renta diaria por hospitalización por accidente y/o enfermedad)	<input type="checkbox"/> \$10,000 (Enfermedades Graves) \$150 (Renta diaria por hospitalización por accidente y/o enfermedad)

*Incluye cobertura de muerte accidental de \$5,000 **Asegurado Principal, Cónyuge e Hijos

Cobertura Para: Asegurado Principal Asegurado Principal + Cónyuge Núcleo familiar**

IX- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

- ¿La cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente?

Sí o **No** En caso afirmativo, por favor adjunte una copia:

Certificado de Cobertura

- Recibo del último pago
- Nombre de la Compañía
- Producto y Deducible
- Número de Póliza

- ¿Alguna solicitud de seguro de gastos médicos, accidentes personales o vida ha sido negada, aceptada con restricciones o con una extraprima para alguno de los solicitantes?

Sí o **No** (en caso afirmativo, favor explicar)

- ¿Después que comience la cobertura, usted o alguno de sus dependientes tendrá otro seguro médico?

Sí o **No** En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

- Nombre de la Compañía
- Producto y Deducible
- Número de Póliza

- ¿Usted o algún solicitante ha solicitado seguro o ha sido asegurado por Pan-American Life de Costa Rica?

Sí o **No** En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

- Número de Solicitud/Póliza
- Tipo de producto

Las secciones a continuación aplican para todos los productos seleccionados.

X- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Firma del Asegurado Principal

Fecha

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Constancia de haber cumplimentado el presente cuestionario:

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido o padece?:

	Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4		Solicitante 5		Solicitante 6	
	SI	NO										
1. ¿Infecciones?	<input type="radio"/>											
2. ¿Desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="radio"/>											
3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis u otros desórdenes neurológicos?	<input type="radio"/>											
4. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares o respiratorios?	<input type="radio"/>											
5. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, soplo, circulatorios, problemas de presión arterial, aneurisma, trombosis, venas varicosas, flebitis, fiebre reumática o colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>											
6. ¿Síntomas o signos del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, colitis, pólipos, divertículos u otros síntomas o signos del hígado, vesícula, recto, ano o sistema digestivo	<input type="radio"/>											
7. ¿Síntomas o signos de los riñones o del tracto urinario, infección urinaria, pielonefritis, pus o sangre en la orina, cistitis, piedras, insuficiencia renal o cualquier otro trastorno del riñón, ureter, vejiga y/o uretra?	<input type="radio"/>											
8. ¿Síntomas o signos de la columna vertebral, espalda, ciática, lumbalgia, escoliosis, cervicalgia, artritis, gota u otros síntomas o signos de los músculos, huesos o articulaciones? Por favor indique si presenta material de fijación, tornillos, placa o prótesis.	<input type="radio"/>											
9. ¿Tumores benignos o cáncer?	<input type="radio"/>											
10. ¿Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de sangrado o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre?	<input type="radio"/>											
11. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos?	<input type="radio"/>											
12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria en la noche?	<input type="radio"/>											
13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo desórdenes de los testículos, varicocele, hidrocele?	<input type="radio"/>											
14. ¿Síntomas o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas o utero incluyendo miomas, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma?	<input type="radio"/>											
15. Síntomas o signos de la piel incluyendo, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas?	<input type="radio"/>											
16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune?	<input type="radio"/>											
17. ¿VIH o SIDA?	<input type="radio"/>											
18. ¿Ha estado bajo observación o seguimiento por algún especialista de la salud?	<input type="radio"/>											
19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración?	<input type="radio"/>											
20. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente?	<input type="radio"/>											

X- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada "Sí", por favor proporcione los detalles:

Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	
Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	
Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	
Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	
Pregunta # Solicitante	Condición	Período Desde: Hasta:
Tratamiento y resultados	Información del Médico	

XI- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico de cabecera o médico tratante con quien se atiende regularmente?

Sí o No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Nombre del Médico	Especialidad	Teléfono

XII- EXAMENES MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico general o rutinario? Sí o No (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado (Si fue anormal, favor explicar)
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal

XIII- CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿Alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente? Sí o No Nombre del Solicitante _____

En caso afirmativo por favor indique el número de embarazos. Embarazos Parto natural Cesárea Abortos

b. ¿Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada? Sí o No

Nombre del Solicitante _____ por favor indique fecha probable de parto. _____

c. ¿Alguna solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preclampsia, complicaciones perinatales? Sí o No (en caso de ser afirmativo, indique los detalles): _____

XIV- MEDICAMENTOS

¿Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado tomar un medicamento de forma continua o por un periodo prolongado?

Sí o **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Nombre del medicamento	Motivo	Cantidad y frecuencia	Periodo
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:

XV- HÁBITOS

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilícitas?

Sí o **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Tipo	Cantidad por día	Consumo	Periodo
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:

XVI- HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria o algún otro padecimiento no mencionado en esta solicitud?

Sí o **No** (en caso afirmativo, por favor explique):

Solicitante	Familiar	Desorden

¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte de forma profesional o practica un deporte peligroso en el cual se ponga en peligro su integridad física?

Sí o **No** (en caso afirmativo, indicar quien):

Nombre del Solicitante

¿Qué deporte practica?

XVII- RECLAMANTE SUSTITUTO

Nombre y Apellidos del Reclamante Sustituto	No. Identificación	Relación con el Asegurado Principal

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, 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 los registros números:

- SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL PANAMEDIC (DOLARES): P20-64-A06-627 de fecha 29 de abril, 2015.
- PAN-AMERICAN ACCESO MUNDIAL P16-35-A06-291 de fecha 11 de noviembre, 2011.
- PAN-AMERICAN ACCESO PREFERENCIAL P16-35-A06-292 de fecha 11 de noviembre, 2011.
- SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES – MODALIDAD INDIVIDUAL (DÓLARES): P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre, 2012.
- PAN-AMERICAN HEALTH ACCESS (DÓLARES) _____.

XVIII- DECLARACIONES

Entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente:

Enfermedad o Condiciones Preexistentes hace referencia a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, diagnosticada o conocida por este con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la compañía de seguros.

Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al propuesto asegurado acerca de todas aquellas condiciones o enfermedades preexistentes que puedan conllevar una limitación o exclusión de cobertura. En base a la declaración de salud efectuada por el propuesto asegurado la Compañía establecerá las restricciones y limitaciones de cobertura aplicables. Esta información será tomada como base para la emisión de una Póliza de Salud, de acuerdo al plan seleccionado para mí y mis dependientes, si los hubiere. Toda condición preexistente que no haya sido declarada en la solicitud de seguro o sea revelada con reticencia, falsedad, omisión o inexactitud, vicia de nulidad al contrato de seguro y facultará a la compañía para solicitar su anulación. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente. Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

Todos los términos y condiciones de las coberturas para las cuales he aplicado, están especificadas en la Póliza que expedirá la Compañía y que deberá ser firmada por el asegurado, si la solicitud es aprobada. Esta declaración y cualquier otra información adicional que haya sido proporcionada por el propuesto asegurado mientras sea procesada la declaración, formarán parte de la Póliza que será emitida por la Compañía.

La información proporcionada en este formulario tendrá una vigencia de sesenta (60) días a partir de la fecha en que fue suministrada. Mi firma es constancia de que he revisado cuidadosamente esta declaración, y que toda la información suministrada por mí en la misma así como cualquier información suministrada posteriormente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas.

AUTORIZACIÓN:

La Compañía tiene el derecho a solicitar información adicional sobre mi historia clínica a médicos, hospitales, y otros proveedores de salud, con el propósito de determinar la elegibilidad para el plan que he solicitado, así como la elegibilidad de los reclamos que podrán ser presentados con posterioridad.

Por lo tanto autorizo a cualquier médico, proveedor de salud, hospital, clínica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, o cualquier otra organización o institución que pueda tener conocimiento sobre mi salud y la de mis hijos menores de edad para que divulgue esta información a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A., sus compañías afiliadas o sus reaseguradoras con el objeto de evaluar mi solicitud de seguro de salud y gastos médicos, vida o accidentes personales, así como la elegibilidad de los reclamos presentados con posterioridad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Una fotocopia o copia escaneada de esta autorización es tan válida como el original.

Autorizo a la compañía a compartir información sobre mis antecedentes de salud con mi agente de seguro durante el proceso de evaluación de riesgos y administración de mi póliza.

Asimismo, por este medio acepto y hago constar que entiendo que al pagar por adelantado la prima o al autorizar el pago por adelantado de la prima, no implica que me encuentre asegurado ni que la Compañía esté aceptando el riesgo relacionado con la presente Solicitud de Seguro, por lo que soy consciente de que, en caso de que el riesgo no sea aceptado y la póliza no sea emitida por Pan-American, el dinero pagado por adelantado me será reembolsado por la Compañía por medio de transferencia bancaria de forma íntegra en un plazo no mayor de cinco días hábiles.

Firma del Asegurado Principal

Fecha (Día/Mes/Año)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(ESTE DOCUMENTO DEBE ESTAR FIRMADO POR TODOS LOS PROPUESTOS ASEGURADOS QUE SEAN MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

Firma	Fecha (Día/Mes/Año)	Nombre del Propuesto Asegurado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

Firma	Fecha (Día/Mes/Año)	Nombre del Propuesto Asegurado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

Firma	Fecha (Día/Mes/Año)	Nombre del Propuesto Asegurado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

Firma	Fecha (Día/Mes/Año)	Nombre del Propuesto Asegurado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.

Firma	Fecha (Día/Mes/Año)	Nombre del Propuesto Asegurado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

XIX- RECONOCIMIENTO DEL AGENTE

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar al propuesto asegurado la información previa del contrato de conformidad con el artículo 12 de la ley reguladora del contrato de seguros 8956. Desconozco de alguna condición que no haya sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la asegurabilidad de los solicitantes.

Firma del Agente

Nombre del Agente en letra de molde

Código de Agente

XX- INFORMACIÓN PREVIA AL CONTRATO DE SEGURO

INFORMACIÓN PREVIA AL CONTRATO DE SEGURO:

Hago constar que yo, asegurado principal, así como mis dependientes he recibido la información y la explicación clara sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones, los cargos, las coberturas, las exclusiones de la Póliza, el periodo de vigencia del Seguro, Monto de la prima y procedimiento para su pago y los reclamos en caso de siniestro, así como las causas de extinción del contrato. Igualmente hago constar que recibí la explicación clara sobre el derecho desistimiento del contrato, las penalidades, el plazo y el procedimiento, el derecho a recibir respuesta oportuna a todo Reclamo, Petición o Solicitud que presente ante la compañía, sus Agentes o Representantes dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

Igualmente se me informó sobre las empresas que conforman la red de proveedores de servicios auxiliares para las prestaciones por contratar y mi derecho a escoger libremente entre los distintos proveedores que conformen la red, en caso de que requiera los servicios.

Firma del solicitante y/o Asegurado Principal

Fecha (Día/Mes/Año)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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.

En caso de No estar de acuerdo con el resultado de la Evaluación podrá presentar a la Compañía una solicitud de reevaluación dirigida al Departamento de Evaluación de Riesgos al siguiente correo: servicioalclientecr@palig.com la cual será resuelta por la compañía en un plazo máximo de 15 días hábiles.