

# Formulario de Adición de Dependientes Familiares SEGURO DE GASTOS MÉDICOS



Nº DE PÓLIZA:	Fecha de inclusión en póliza
NOMBRE DE EL TOMADOR:	CÉDULA JURÍDICA:
NOMBRE DEL ASEGURADO DIRECTO:	CÉDULA DE IDENTIDAD:

## INFORMACION DE DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA COBERTURA DE SALUD

Dependientes mayores de 19 años deben ser solteros, estudiantes a tiempo completo, residir en la misma dirección de los padres y depender económicamente de ellos; al momento de utilizar el seguro, MAPFRE | Costa Rica podrá solicitar pruebas que confirmen lo mencionado anteriormente.

Nombre Completo	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento	Médico Cabecera / Especialidad

## AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACIÓN

Declaro que toda la información anterior ha sido escrita o dictada por mí de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que **MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A.** emita la cobertura de seguro solicitada. Asimismo, libero a **MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A.** de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mí, que de haber sido debidamente conocidos por **MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A.**, hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiere suscrito en condiciones distintas.

A pedido de **MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A.** y por espacio de tres meses a partir de esta fecha, autorizo a los médicos que me han examinado, a los hospitales y cualquier centro de salud en Costa Rica y en el extranjero, que le suministren información completa sobre los registros médicos relacionados con mi persona, o con dependientes incorporados en esta solicitud de seguro sobre los cuales ostento representación legal en razón de mi relación de parentesco o tutela. Dicha información únicamente podrá ser solicitada y proporcionada a funcionarios debidamente acreditados por **MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A.** para dicho propósito.

El suministro autorizado incluye la entrega de copia de los referidos registros si así fuere requerido. Si la cobertura de seguro que se solicita es otorgada, la autorización a que se refiere el párrafo anterior es extensiva en caso de reclamo de derechos sobre la póliza solicitada, por un plazo adicional de tres meses a partir de la fecha del aviso de siniestro, y únicamente podrá hacerse efectiva si el periodo de disputabilidad respectivo encuentra vigente.

Queda debidamente entendido y aceptado por parte de **MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A.** que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, está circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derechos si la misma fuera otorgada. Por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgos o analistas de reclamos de **MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A.**

En razón de su naturaleza, **MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A.** deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.

Si la cobertura de seguro no fuere otorgada, dentro de los diez días naturales siguientes a la declaratoria de la negativa, **MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A.** se obliga a devolverme toda la información obtenida. La devolución se realizará mediante correo certificado dirigido al domicilio que conste en la solicitud de seguro.

Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguro y no representa garantía de que la misma será aceptada por **MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A.**; tampoco inhibe a esta última, a que me solicite requisitos de asegurabilidad adicionales. ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados. Entiendo y acepto que el suministro de dicha información es esencial para que **MAPFRE | Seguros Costa Rica S.A.** pueda hacer una justa valoración de la solicitud del seguro y cualquier reclamación futura que se presente una vez emitida y entregada la póliza.

<b>FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL</b>			<b>LUGAR:</b> _____	
			<b>FECHA:</b> _____	
USO EXCLUSIVO DE MAPFRE   COSTA RICA	Administrador del grupo:	Firma y sello del corredor	ACEPTADO/AUTORIZADO POR:	FECHA:

**Esta solicitud es exclusiva para asegurados dependientes menores de 25 años.**