

SALUD VIDA ACCIDENTE PERSONAL

DÓLARES COLONES

No. de Póliza: _____

No. de Cert.: _____

Empleado Nuevo Adición Dependiente Incremento en Suma Asegurada

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

1. Datos para ser completados por el Empleado:

Nombre del Asegurado: _____

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Nacionalidad: _____ Peso: Kg. Estatura: Sexo: F M

Tipo de Identificación: C.I. C.R. E.N.R. DIMEX DIDI No.

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

Dirección Permanente: _____

Ciudad

País

Teléfono Celular o de Residencia: _____ Email: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección de Trabajo: _____

Ocupación: _____ Descripción de su Ocupación: _____

En caso de reclamo directo, anotar su cuenta cliente (17 dígitos)

Cta de Ahorros

Moneda: Dólares Colones

Cta de Corriente

Banco: _____

APLICA PARA LA COBERTURA DE VIDA, IDENTIFIQUE LA CANTIDAD DEL PORCENTAJE HASTA UN MAXIMO DE 100%

Beneficiario(s) *	%	Parentesco	Tipo ID					No. Identificación	Edad
			C.I.	C.R.	ENR.	DIMEX	DIDI		

Beneficiario(s) Suplente(s)	%	Parentesco	Tipo ID					No. Identificación	Edad
			C.I.	C.R.	ENR.	DIMEX	DIDI		

***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, quién en todo caso sólo tendrían 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.

2. Datos para ser completados por dependiente(s):

La información a continuación suministrada por el propuesto asegurado principal debe ser revisada también por cada uno de los miembros de su familia por asegurarse

APLICA PARA LA COBERTURA MEDICA DEL CONYUGE DEL TITULAR E HIJO(A)S SOLTEROS MENORES DE 24 AÑOS DE EDAD ELEGIBLES BAJO LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA.

Dependiente(s)	Tipo ID					No. Identificación	(x)		Sexo	Fecha de Nacimiento	Peso	Altura			
	C.I.	C.R.	E.M.R.	DIMEX	DIDI		Conyuge	Hijos							
									M	F	Día	Mes	Año	Kg.	
									M	F	Día	Mes	Año	Kg.	
									M	F	Día	Mes	Año	Kg.	
									M	F	Día	Mes	Año	Kg.	
									M	F	Día	Mes	Año	Kg.	

INDIQUE SI EL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL Y/O DEPENDIENTE(S) POSEE OTRA(S) POLIZA(S) INDIVIDUAL, COLECTIVA O AUTOEXPEDIBLE.

Nombre del Propuesto Asegurado y/o Dependiente	PÓLIZA			Compañía de Seguros	No. de Póliza
	COL	IND	AUTO		

3. Datos para ser completados por el Patrono:

FECHA EN QUE EL COLABORADOR:

Entra en el Servicio de la Compañía: ____ Día ____ / ____ Mes ____ / ____ Año ____

Entró al Servicio Permanente: ____ Día ____ / ____ Mes ____ / ____ Año ____

Se incluye en la Póliza: ____ Día ____ / ____ Mes ____ / ____ Año ____

Categoría: _____ Póliza No.: _____

Certificado No.: _____ Compañía: _____

Salario: _____ Plan y Clase: _____

Filial: _____

FIRMA DEL PATRONO

FECHA

4. Declaración de salud:

¿Ha tenido o tiene el Propuesto Asegurado o sus Dependientes, alguna de las siguientes enfermedades o síntomas? Marque "Si" o "No" a cada una de las preguntas sobre las enfermedades que se detallan en el cuadro a continuación.

- 1) ¿Padece o ha padecido de cáncer, tumores o quistes, leucemia o linfoma? ¿Ha recibido quimioterapia o radioterapia?
- 2) ¿Enfermedad de la columna vertebral, dolor de la columna, lumbalgia, hernia de disco, ciática, neuritis, escoliosis, espondilolistesis, síndrome de latigazo o enfermedades relacionadas a estas condiciones?
- 3) ¿Trastornos de los ojos, oídos, nariz o garganta?
- 4) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta, soplo en el corazón, arritmias, insuficiencia cardíaca, infarto al corazón o cerebro, derrames o cualquier otro trastorno del corazón o vasos sanguíneos arteriales?
- 5) ¿Deformación, cojera o amputación?
- 6) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectoración de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?
- 7) ¿Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre?
- 8) ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata u órganos reproductivos?
- 9) ¿Diabetes, tiroides, colesterol u otro trastorno endocrino?
- 10) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o trastorno en los músculos o huesos?
- 11) ¿Mareo, desmayo, convulsiones, dolores de cabeza, defecto al hablar, parálisis, embolia, trastornos mentales o nerviosos?
- 12) ¿Trastornos de la piel?
- 13) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula?
- 14) ¿Trastorno del sistema inmune?
- 15) ¿Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Condiciones Asociadas al SIDA, o prueba que resultó positiva para la detección de infección por el virus del SIDA?

Titular		Dependiente(s)	
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO

Algunas de las personas anteriormente mencionadas han tenido en los últimos 5 años:

- 16) ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?
- 17) ¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?
- 18) ¿Ha estado como paciente en un hospital, clínica, sanatorio o cualquier otra facilidad médica?
- 19) ¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos-x o cualquier otro examen para diagnóstico?
- 20) ¿Le han sido recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no haya sido realizado?

SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO

Algunas de las personas anteriormente mencionadas:

- 21) ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamiento (Incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga, con la excepción de aquellas ordenadas por un médico?
- 22) ¿Ha recibido, alguna vez, asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?
- 23) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?
- 24) ¿Ha tenido alguna vez trastornos debido a su menstruación, problemas ginecológicos, embarazos o problemas en los senos?
- 25) ¿Se encuentra embarazada en estos momentos? (Si se encuentra, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento).
- 26) ¿Se encuentra en este momento bajo la observación de un médico legalmente autorizado a ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?
- 27) ¿Es fumador? En caso de respuesta afirmativa favor especificar la cantidad de cigarrillos diarios.
- 28) ¿Algunos de sus familiares, padres o hermanos ha sufrido de cáncer de seno, gastrointestinales o de próstata?
- 29) ¿Alguna vez ha sido diferido, rechazado o exonerado del servicio militar debido a una condición física o mental?

SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO

Si su respuesta es afirmativa favor indicar lo siguiente: A) Número de la pregunta, B) Nombre de la persona a la cual se refiere, C) Fechas y lugares del tratamiento, D) Nombre completo del médico que lo(a) atendió, E) diagnóstico y medicamentos (incluya la dosis) y F) toda aquella información que nos facilite la evaluación de su declaración. Por favor, de necesitarlo use una página adicional, firme y féchela en la esquina derecha al final de la página

No.	Nombre de la Persona	Descripción (diagnóstico, tratamiento, medicamentos)	Doctor / Hospital	Fecha
				D / M / A
				D / M / A
				D / M / A
				D / M / A
				D / M / A
				D / M / A

5. Autorización:

Autorizamos a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. a requerir información adicional de médicos, hospitales, proveedores de cuidados de salud, con el exclusivo propósito de poder determinar la asegurabilidad bajo el plan por el cual estoy declarando, así como la elegibilidad de reclamos por ser presentados. Yo autorizo para este propósito a los representantes de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. para que puedan solicitar a los médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, farmacias, laboratorios clínicos y de imagenología, así como autoridades judiciales en todo el territorio nacional, toda información contenida en expedientes médicos, dictámenes médicos, reportes forenses, antecedentes y/o recetas médicas dirigidas a mi persona. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.

Nombre y firma del propuesto asegurado principal

Fecha

Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)

Fecha

Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)

Fecha

6. Condiciones de la cobertura:

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que:

a) La cobertura por la cual estoy declarando, no provee beneficios durante el período de preexistencia estipulada en la póliza colectiva por condiciones pre-existentes. No obstante, una condición pre-existente que no sea declarada al completarse esta declaración, no será elegible para cobertura.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES: Se define como condición o síntomas, lesión, enfermedad diagnosticada o no al momento de tomar el seguro, incluyendo embarazo de un asegurado: La cual estaba presente en la fecha en que se hizo vigente la cobertura del Asegurado bajo esta póliza (Incluyendo la fecha de concepción en el caso de embarazo), sin tener en cuenta que el asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con tal condición o enfermedad; o aquella condición que según la experiencia médica indique que inició antes de la fecha efectiva del seguro, aunque haya sido asintomática. La compañía se reserva del derecho de excluir de manera permanente cualquier condición pre-existente declarada en éste formulario a través de una enmienda.

b) Toda la información suministrada por mí y mis dependientes, en ésta declaración y cualquier información dada subsecuentemente son manifestaciones verídicas, completas y correctas.

Esta información será tomada como la base para determinar la asegurabilidad bajo un plan de cobertura. Cualquier declaración o manifestación hecha, ya sea falsa o incompleta, podrá mas tarde causar la anulación de la cobertura.

Entiendo que dicha información puede servir de base para la celebración de una póliza de seguro para mi salud y mis dependientes, que una omisión o inexactitud respecto a dicha información puede afectar negativamente la cobertura a solicitarse y comparto con las condiciones de cobertura (Sección IV) de éstas declaraciones.

c) Hago constar que 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, el procedimiento para pago de la prima 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. Las empresas que forman la red de proveedores de servicios auxiliares para las prestaciones por contratar.

Nombre y firma del propuesto asegurado principal

Fecha

Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)

Fecha

Nombre y firma del dependiente cónyuge o hijo(a) mayor de edad (18 años - 24 años)

Fecha

La documentación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registradas 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 el (los) registro(s) número, P14-26-A06-215 de fecha 26 de noviembre del 2014, P14-26-A06-216 de fecha 26 de noviembre del 2014, P16-33-A06-293 de fecha 9 de noviembre del 2012, P16-35-A06-212 de fecha 26 de noviembre de 2014, P16-35-A06-204 de fecha 26 de noviembre de 2014.