

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 ASEGURADO

Nombre Completo:	Tipo de Identificación:	No. De Identificación:
Ocupación:	Estado Civil:	Sexo:
Nacionalidad:	Fecha Nacimiento:	Ocupación /Profesión /Oficio/:

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 ASEGURADOS DEPENDIENTES

Asegurados Dependientes (Nombre y Parentesco):

COBERTURA MÉDICA PARA ASEGURADOS DEPENDIENTES				
NOMBRE COMPLETO	SEXO	PARENTESCO	N° IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO

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.

Este documento sólo constituye Solicitud de Seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que dicha solicitud sea aceptada por la Aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 20 de diciembre de 2012 para dólares y P20-64-A07-439 de fecha 21 de mayo de 2013.

PARA USO EXCLUSIVO DEL TOMADOR

Plan No. _____ Fecha de Alta: _____ Vo.Bo: _____ N° empleado _____