

# SOLICITUD DE INCLUSIÓN SEGURO COLECTIVO Y GASTOS MÉDICOS

CON CUESTIONARIO MÉDICO

 **MAPFRE | COSTA RICA**

Compañía de Seguros

Nombre del Contratante/ N° Póliza:			Fecha de ingreso a póliza:	Clase:	
Nombre Completo del Asegurado Principal			Cédula / Pasaporte	Sexo	
Fecha de Nacimiento (día-mes-año)	Nacionalidad	Seguro Social	Miembro Dominante Izquierdo	Derecho	Teléfono
Fecha de Ingreso a Trabajar	Estado Civil	Salario Mensual	Correo Electrónico		
Ocupación	Estatura	Peso	Suma Asegurada		
Dirección Residencial			Médico de Cabecera		

Nombre del Banco	N° Cuenta SINPE:
Tipo de Cuenta Ahorros                      Corriente	Moneda Colones (¢)                      Dolares (\$)
DE REALIZAR CAMBIOS EN LA CUENTA, DEBERÁ NOTIFICAR POR ESCRITO A MAPFRE SEGUROS COSTA RICA, S. A., PARA REALIZAR LOS CAMBIOS OPORTUNAMENTE	

## DETALLES DE BENEFICIARIOS (Según Artículo 10 de la Normativa para el cumplimiento de la Ley 8204)

Nombre Completo del Beneficiario	Cédula / Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje %

### “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 u otros cargos similares y no consideran 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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

Cédula Jurídica 3-101-56019, Licencia N° A03, San Jose, San Pedro de Montes de Oca, Contiguo al Centro Comercial Muñoz y Nanne, piso I y VII, (508) 4104 0200 F. (508) 2253 8121 Línea Gratuita 8000 62 73.73  
Email. [www.mapfrecr.com](http://www.mapfrecr.com)

Dependientes mayores de 21 años deben ser estudiantes de tiempo completo. Adjuntar último recibo de matrícula.

Nombre Completo	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Peso	Estatura

¿Alguna vez Usted o algún dependiente nombrado ha tenido alguna(s) condición(es), signo(s) o síntomas(s) manifestados y/o evidentes que aún no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones?

Marque con una X su respuesta Sí No

1. Padecimientos Cerebrovasculares incluyendo migraña, dolores de cabeza, embolia y otros		
2. Padecimientos del Cerebro o Sistema Nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia y otros		
3. Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, angina de pecho, colesterol o triglicéridos altos y otros		
4. Padecimientos de la vista o de los oídos		
5. Padecimientos del Sistema Respiratorio incluyendo asma, hiperactividad bronquial y otros		
6. Sistema Digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo gastroesofágico y otros		
7. Padecimientos del Sistema Urinario		
8. Padecimientos de los Órganos Reproductores Masculinos o Femeninos incluyendo endometriosis y otros		
9. Padecimientos Sanguíneos o Trastornos de la Coagulación		
10. Diabetes y/o hiperglicemia		
11. Padecimientos Tiroideos y/o de la Piel		
12. Padecimientos del Sistema Músculo Esquelético incluyendo artritis, osteoartritis, y otros		
13. Cualquier tipo de quistes, nódulos, tumores o cáncer		
14. Problemas alcohólicos o problemas de drogas		
15. Problemas de la columna vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago y otros		
16. ¿A usted o a sus dependientes se le ha realizado algún examen especial, de laboratorio, ultrasonido, mamografía o laparoscopia?		
17. ¿Ha estado usted o alguno de sus dependientes recluido en un hospital o institución similar?		
18. ¿Está usted o alguno de sus dependientes nombrados embarazada actualmente?		
19. ¿Ha recibido usted o alguno de sus dependientes nombrados transfusiones de sangre?		
20. ¿Practica usted o alguno de sus dependientes algún tipo de deporte profesional o amateur?		
21. ¿Hay o ha habido alguna condición médica, signo, síntoma o accidente que no se haya mencionado en este cuestionario?		
22. ¿Alguna vez alguna aseguradora le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes o de salud a usted o algunos de sus dependientes?		
23. ¿Ha solicitado o recibido beneficios médicos del Estado?		

# SOLICITUD DE INCLUSIÓN SEGUROCOLECTIVO Y GASTOS MÉDICOS



Compañía de Seguros

Si ha respondido SI a cualquiera de las preguntas anteriores o ha padecido de algún trastorno de la salud no mencionado en esta solicitud, Favor especificar nombre del paciente, diagnóstico, cirugía o tratamiento y/o medicamentos recomendados, fecha, nombre del médico y hospital en donde se atendió:

#	Nombre Completo	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u Hospital

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 A CUALQUIER CENTRO DE SALUD EN COSTA RICA, QUE LE SUMINISTREN INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE LOS REGIS -TROS MÉDICOS RELACIONADOS CON MI PERSONA, INCLUIDA LA ENTREGA DE COPIA DE LOS MISMOS. DICHA INFORMACIÓN ÚNICAMENTE PODRÁ SER SOLICITADA Y PROPORCIONADA A FUNCIONARIOS DEBIDAMENTE ACREDITADOS POR MAPFRE SEGUROS COSTA RICA S.A. PARA DICHO PROPÓSITO.

LA AUTORIZACION A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR ES EXTENSIVA EN CASO DE RECLAMO DE DERECHOS POR CAUSA DE MUERTE DE ESTE SOLICITANTE, 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 CARENCIA DE LA PÓLIZA YA HA SIDO SU PERADO.

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 EL TRÁMITE POSTERIOR DE RECLAMACIONES DE DERECHOS. POR TANTO, ÚNICAMENTE PODRÁ SER RECOPIADA, CONSULTADA Y UTILIZADA POR SUSCRIPTORES DE RIESGOS O ANALISTAS DE RECLAM -OS DE MAPFRE SEGUROS COSTA RICA S.A.

EN RAZÓN DE SU NATURALEZA, MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA 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 10 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 CERTIFICA -DO DIRIGIDO AL DOMICILIO QUE CONSTE EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

LO DISPUESTO EN LA PRESENTE CLÁUSULA SE REGIRÁ POR LAS DISPOSICIONES APLICABLES DE LA LEY REGULADORA DEL CONTRATO DE SEGUROS, LA LEY REGULADORA DEL MERCADO DE SEGUROS Y LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA PERSONA FRENTE AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_, IDENTIFICACIÓN N°: \_\_\_\_\_

Este documento solo constituye una solicitud de seguro por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. ni de que en caso de aceptarse la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Firma del Asegurado:

Fecha:

Administrador del Grupo:

FIRMA, LICENCIA Y SELLO DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

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, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A03-366- V2 de fecha 28 de mayo del 2014.

Cédula Jurídica 3-101-56019, Licencia N° A03, San Jose, San Pedro de Montes de Oca, Contiguo al Centro Comercial Muñoz y Nanne, piso I y VII, (50 6) 4104 0200 F. (506) 2253 8121 Línea Gratuita 8000 62 73.73  
Email. www.mapfre.com