



**DATOS A SER COMPLETADOS POR EL PATRONO:**

Póliza No.: \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_  
 Compañía: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_  
 Filial: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Categoría: \_\_\_\_\_ Plan y Clase: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE EL COLABORADOR:  
 ENTRA EN SERVICIO DE LA COMPAÑÍA  
 ENTRÓ AL SERVICIO PERMANENTE  
 SE INCLUYE EN LA PÓLIZA

Día	Mes	Año

Día	Mes	Año

FECHA

FIRMA PATRONO

FIRMA EMPLEADO

PARA USO EXCLUSIVO DE PAN - AMERICAN LIFE	FECHA EFECTIVA	Día	Mes	Año	OBSERVACIONES

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que:

1- Hago constar que toda la información suministrada por mí, en esta declaración y cualquier información suministrada subsecuentemente, son manifestaciones, verdaderas, completas y correctas. Esta información será tomada como base para determinar la asegurabilidad bajo un plan de cobertura. Cualquier declaración o manifestación hecha, ya sea falsa, inexacta o incompleta, podrá más tarde, causar la anulación de la cobertura. La reticencia o falsedad intencional por parte del tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda.

\_\_\_\_\_  
 Firma del propuesto Asegurado Principal

Nombre y Firma del Dependiente

Nombre y Firma del Dependiente

Nombre y Firma del Dependiente

2- La Compañía tiene derecho de 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.

3- Todos los términos y condiciones de las coberturas por las cuales estoy declarando, están especificadas en la Póliza de la Compañía. Esta declaración y cualquier otra información adicional que haya sido proporcionada por mí mientras se procesa la declaración, deberá formar parte del contrato con la Compañía. Asimismo, por este medio hago constar que recibí la siguiente información previo a suscribir este formulario: a) Información sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos; b) Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza; c) Período de vigencia del seguro; d) Procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro; e) Causas de extinción del contrato; f) Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento; g) Derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presenten, personalmente o por medio de su representante legal, ante una entidad aseguradora o antes las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y, en general, los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales; h) Las empresas que forman la red de proveedores de servicios auxiliares para las prestaciones por contratar.

La información que en virtud de la suscripción del contrato de seguros obtenga la Compañía queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

Entiendo y acepto que la solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por éste dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador o rechazada por éste 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. El Propuesto Asegurado hago constar que he revisado cuidadosamente esta declaración, que me obligo a todo lo acordado en ella y que la información suministrada es veraz.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado Principal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Nombre y Firma del Dependiente

Nombre y Firma del Dependiente

Nombre y Firma del Dependiente

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.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado