

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM
SOLICITUD DE INCLUSIÓN COMO ASEGURADO

Solicitud N° _____

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 Fax Correo Electrónico

3. DATOS DE COBERTURAS Y BENEFICIARIOS

Beneficiarios (Nombre y Porcentaje):

Nombre Completo	Parentesco	%	Nº de identificación

Advertencia:

En caso 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 la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera 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.

4. DECLARACIÓN DE SALUD

Fumador: Sí No Estatura: _____ mts. Peso: _____ Kilos.

¿PADECE EL SOLICITANTE O LE HA SIDO DIAGNOSTICADO O ESTÁ EN TRATAMIENTO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

1. Cáncer	SI	NO	8. Diabetes Mellitus	SI	NO
2. Enfermedades del Corazón	SI	NO	9. Enfermedades Pulmonares	SI	NO
3. Infartos	SI	NO	10. Derrame Cerebral	SI	NO
4. Hipertensión o Hipotensión	SI	NO	11. Enfermedades Neurológicas	SI	NO
5. Insuficiencia Renal	SI	NO	12. Está bajo Tratamiento Médico	SI	NO
6. SIDA	SI	NO	13. Tiene Pendiente alguna Operación	SI	NO
7. Epilepsia	SI	NO			

*Si ha respondido SI a alguna de las preguntas anteriores amplíe información a continuación:

Favor indicar Fecha de última visita al médico y nombre del médico y hospital

Fecha:

Médico:

Clínica:

Ha estado Hospitalizado en los últimos cinco años? ☐ Sí ☐ No

Fecha:

Causa:

Nombre del Hospital o Clínica:

Ha solicitado algún seguro de vida que haya sido denegado por alguna compañía?

☐ Sí

☐ No

Detalles:

Aficiones o Hobbies que practica el Asegurado?

Detalles:

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 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° P14-26-A07-244 para Colones y P14-26-A07-245 para Dólares de fecha 2 de mayo de 2011.

PARA USO EXCLUSIVO DEL TOMADOR

Plan No. _____ Fecha de Alta: _____

Salario: _____ Vo.Bo: _____