



Póliza Colectiva

No. DE PÓLIZA: _____

| | | | | | | | |
|---|---|----------------------|---------------------------------------|---|--|---------------------------|---------------------------|
| DATOS DEL ASEGURADO | Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | | Nombre Completo: | | |
| | Nombre o razón social: | | | | | | |
| | Tipo de identificación: | | | | Estado Civil: | | |
| | <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma | | | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| | N° Identificación | | | Ocupación actividad económica: | | | |
| | Fecha nacimiento: Día / Mes / Año | | Nacionalidad: | | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | |
| | Provincia: | | Cantón: | | Escolaridad: | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado Universitario | | |
| | Dirección exacta: | | | | | | |
| | Calle: | | Avenida: | | Otras señas: | | |
| Apartado: | | Teléfono Oficina: | | Teléfono Domicilio: | | | |
| | | | | Teléfono Celular: | | | |
| Nombre del Patrono: | | | | Cantidad de Empleados: (solo para Empresas) | | | |
| Cuenta Cliente: | | | Banco Emisor: | | | | |
| Edad: | | Estatura: _____ mts. | | Peso: _____ kgs. | | | |
| INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO | ¿Tiene alguna condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual Ud. ha recibido consulta, tratamiento médico, servicios, chequeos, controles y/o medicamentos prescritos por un médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | |
| | En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación | | | | | | |
| | Estado, enfermedad o padecimiento | | Nombre del médico, clínica u hospital | | Fecha de inicio | Duración de la enfermedad | Resultado del tratamiento |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| NOTIFICACIONES | Señale el medio por el cual desea ser notificado: | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____ | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____ _____ | | | | | | |
| <i>Recuerde mantener actualizados sus datos</i> | | | | | | | |

DECLARACIÓN
DEL ASEGURADO

Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida. Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros.

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que el seguro sea aceptado por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, 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 los registros números Póliza de Seguros Personales Colectiva-No Adhesión-Colones PRP-LP-A01-312 y Póliza de Seguros Personales Colectiva-No Adhesión-Dólares PRP-LP-A01-313 del 10 de febrero del 2012.

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| <hr/> Firma y No. de identificación del Asegurado | LUGAR: _____ FECHA: _____ | _____ Nombre Intermediario _____ Firma y número de intermediario |
|--|----------------------------------|---|

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

OBSERVACIONES O EXCLUSIONES

Fecha de aceptación:

ACEPTADA:

AUTORIZADO: