



**Internacional
de Seguros**

Antes Aseguradora del Istmo (Adisa) S.A.

Seguro Colectivo De Vida Para Saldo Deudor Mega

Solicitud de Inclusión Como Asegurado

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

En relación a la presente solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado en la Póliza N° VSMC-1094 correspondiente al Grupo Asegurable ASETRABAJO y para ese fin proporciono la siguiente información:

Solicitud N°

1. INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA

Fecha en que se completa esta solicitud :		
Nombre Tomador:		No. De Identificación: 3002234608
2. PÓLIZA COLECTIVA		
No. de Póliza:	Tomador: ASETRABAJO	No. Identificación: 3002234608
Desde: D/ M/ A/ a las:	Hasta: D/ M/ A/ a las:	

3.DATOS DEL ASEGURADO

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

4.DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES Y AVISOS

País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección exacta:			
Teléfono:		Correo electrónico:	
Medio para recibir notifica Dirección física ☐		Fax ☐ Correo electrónico ☐	

5. DATOS DEL OBJETO A ASEGURAR

Clase de Crédito		Moneda	Monto de Crédito Solicitado
Hipotecario ☐	Prendario ☐	☐ Colones ☐ Dólares	
Personal ☐	Otro ☐		

6.ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

DECLARACIÓN DE SALUD			
Fumador: ☐ Si ☐ 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.Hipertensión o Hipotensión	SI ☐ NO ☐
2.Infarto al Miocardio	SI ☐ NO ☐	9.Tuberculosis o Efisema Pulmonar	SI ☐ NO ☐
3.Derrame Cerebral	SI ☐ NO ☐	10. Insuficiencia Renal	SI ☐ NO ☐
4.SIDA	SI ☐ NO ☐	11. Diabetes Melitus	SI ☐ NO ☐
5.Epilepsia	SI ☐ NO ☐	12. ¿Tiene una Incapacidad Total y Permanente?	SI ☐ NO ☐
6.Varices Esofágicas	SI ☐ NO ☐	13. Cirrosis Hepática	SI ☐ NO ☐

7. Esclerosis Múltiple	SI ☐ NO ☐	14. ¿Padece de alguna enfermedad o condición que no se encuentre descrita en la lista anterior?	SI ☐ NO ☐
------------------------	---	---	---

DECLARACION DE SALUD CONTINUACION:

*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, así como la Condición o Enfermedad por la cual ha sido tratado

Fecha: _____ Médico: _____
Ha estado Hospitalizado? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____
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 Principal? _____
Detalles: _____

6. DATOS DE BENEFICIARIOS

en la Póliza del Grupo Asegurable a que refiere este documento, por tratarse de una cobertura destinada exclusivamente al pago insoluto de la deuda contraída por él con el Tomador de la Póliza, una vez ocurra su fallecimiento, el único beneficiario será el Tomador de la Póliza.

Aceptación Asegurado: _____

7. PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

Vigencia del Seguro	
Desde: D/ M/ A/ a las:	Hasta: D/ M/ A/ a las:

8. DATOS DE COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada	Coberturas	Suma Asegurada
Fallecimiento		Incapacidad Total y Permanente	
Pago de Cuota Mensual del Crédito por Incapacidad Total Temporal		Desempleo Involuntario	
Enfermedad Terminal			

9. OTROS TEMAS

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 Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR 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. 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 Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR 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.

FUNCION DEL TOMADOR DENTRO DEL SEGURO COLECTIVO.

De acuerdo a lo indicado en el artículo 11 del Reglamento sobre Seguros Colectivos (SUGESE 05-13), el Tomador de este Seguro, podrá llevar a cabo todos los actos dirigidos a la celebración y ejecución del contrato de seguros, su renovación y modificación lo cual hará en su función de tomador de un seguro por cuenta ajena, de tal manera que podrá entregar y recibir toda información y documentación, lo cual ha sido debidamente facultado por la Compañía, sin que esto exima a la Compañía de incumplimiento de tales funciones.

De tal manera, como Asegurado acepto que la información relativa a mi nombre completo, edad, dirección exacta, estado civil y teléfono incluida en esta Solicitud de Inclusión puede haber sido previamente completada por el Tomador de este Seguro, la cual he revisado y autorizado, y con la firma de esta Solicitud de Seguro certifico que la misma es fiel y exacta.

En caso de existir discrepancia deberá de ser reportada de inmediato por el Asegurado al Tomador o a la Compañía a la dirección electrónica gestiones@iseguros.cr para su debida rectificación.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO COMO TERCERO RELEVANTE Y DERECHO A CONTRATAR PÓLIZAS POR SU PROPIA CUENTA

He sido informado que la contratación del presente seguro es [opcional][obligatoria] en virtud del servicio financiero principal y que la participación como Asegurado en el seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el Tomador y el asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. Como Asegurado tiene derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario.

8. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este 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. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. La Aseguradora comunicará sobre el proceso de aceptación o rechazo dentro del plazo antes indicado al medio para recibir notificaciones. El medio de contacto ante dudas o consultas será: gestiones@iseguros.cr o al teléfono: (+506) 4101-0000.

9. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Con mi firma en este documento, declaro y certifico, que:

1. He recibido información clara sobre los términos y condiciones de esta póliza según los artículos 24 y 25 del Reglamento de Comercialización y los artículos 7 y 12 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, todo conforme al producto de seguros por mi seleccionado. En ese proceso se me ha explicado, antes del perfeccionamiento de esta póliza, sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos, coberturas y exclusiones de la póliza, período de vigencia del seguro, procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro.
2. He recibido copia de este documento.
3. He recibido copia de las Condiciones Generales de esta póliza y sus modificaciones actualizadas.
4. Fui informado adicionalmente que en cualquier momento puedo consultar el texto de la póliza en la página web: www.sugese.fi.cr

Firma del Cliente

**Por Compañía Internacional de Seguros
Filial IS-CR S.A.**