

**SOLICITUD SEGURO COLECTIVO DE VIDA PROTECCION CREDITICIA**

|  |
| --- |
| Este documento solo 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. |
|  **LUGAR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA DE INCLUSION: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ No. DE PÓLIZA COLECTIVA:** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL TOMADOR** |
| Nombre o Razón Social: |
| Tipo de Identificación: Jurídica Cédula de Residencia Gobierno Institución Autónoma |
| Número de Identificación: 4. Ocupación o Actividad económica: |
| Dirección Exacta:  |
| Provincia: Cantón: Distrito: |
|  Apartado: Teléfono Oficina: |  Otro Teléfono: |
| Correo Electrónico: | Fax: |
| **NOTIFICACIONES** |
| Medio para ser notificado: Correo Electrónico Teléfono Dirección física Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DATOS DEL OBJETO O INTERES QUE SE SOLICITA ASEGURAR**  |
| El interés asegurable es la **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**, pero el asegurado tendrá la opción de contratar cobertura de **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP), DESEMPLEO INVOLUNTARIO-TRABAJADOR DEPENDIENTE y GASTOS FUNERARIOS.** |
| **DATOS DEL GRUPO A ASEGURAR** |
| Continuidad de una póliza anterior Si No Número de miembros del grupo: |
|  Nombre del seguro y la compañía de la cual proviene: |
|  Cantidad de miembros a asegurar: |
| Para más detalle sobre los asegurados propuestos, referirse al censo suministrado o a la solicitud de cada asegurado individual. |
| **ELECCIÓN DE MONTO ASEGURADO, COBERTURA BÁSICA Y COBERTURAS OPCIONALES** |
| **COBERTURA BASICA POR MUERTE** |
|  **Monto Cobertura: Saldo insoluto del crédito** **Monto original del crédito. Monto inicial del grupo asegurado: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **COBERTURAS OPCIONALES** |
|  **MARQUE LAS COBERTURAS OPCIONALES QUE DESEA CONTRATAR:**  **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP)** **DESEMPLEO INVOLUNTARIA-TRABAJADOR DEPENDIENTE** **GASTOS FUNERARIOS Monto asegurado: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **PLAZO DE VIGENCIA DESDE: HASTA:** |
| **OTROS TEMAS** |
| **MONEDA: [ ]  COLONES [ ]  DÓLARES [ ]  COTIZACIÓN [ ]  EMISIÓN [ ]  VARIACIÓN** |
| **DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**: Declaro formalmente, mediante la firma en esta solicitud, que la información brindada es cierta y que no se ha presumido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a la Empresa de Seguros para que suscriba la Póliza. Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la Póliza emitida por la Empresa de Seguro. Esta solicitud no obliga a la Empresa de Seguros a emitir la Póliza solicitada en mi condición de Tomador de esta. No obstante, si dicha Póliza fuera emitida y el recibo correspondiente pagado por mí, esta solicitud servirá de base para su otorgamiento y formara parte integrante de la misma. Cualquier omisión o información incorrecta puede causar que cualquier reclamación fuere rechazada, asimismo, queda entendido que la falsedad u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra la Compañía y conllevar la devolución de la prima y la cancelación del contrato de seguro. Igualmente declaro a través de esta Solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente licita y por lo tanto no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere la Ley sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas (Ley 8204 de la República de Costa Rica). La información suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del solicitante o asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial. |
| **PROCESO DE ANALISIS Y ACEPTACION O RECHAZO DE LA SOLICITUD:** |
| **La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada, postergada 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. 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. Adicionalmente, el solicitante podrá obtener información sobre el trámite de aceptación de la solicitud con el intermediario de seguros, al correo electrónico** **serviciosseguroscr@lafise.com** **, o al teléfono 2246-2222.****La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro.**  |
| **ENTREGA DE INFORMACION** |
| **MANIFIESTO y hago constar que he tenido acceso y he recibido la información necesaria previo al perfeccionamiento del contrato del seguro de seguros. Hago constar que recibí de SEGUROS LAFISE toda la información de este seguro, la cual he leído y aceptado en todos sus términos y condiciones. Además, me fueron entregadas todas las Condiciones Generales y fueron explicadas detalladamente: las coberturas contratadas, beneficios, obligaciones, exclusiones, vigencia del seguro, causas de terminación del contrato, cargos del producto, así como el procedimiento para el pago de reclamaciones y demás condiciones que acompañan este contrato. Manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir el seguro será emitido de conformidad con todo lo estipulado, por tanto, solicito a la Compañía la emisión del seguro.** |
| **Nombre del Tomador o Asegurado**  | **Firma** | **Lugar y Fecha**  |
|  |  |  |
| **Nombre del Intermediario** | **Firma** | **Clave** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el Registro número: P14-40-A14-1044 SEGURO COLECTIVO DE VIDA PROTECCION CREDITICIA, de fecha: 28 de junio de 2022.**  |



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA PROTECCION CREDITICIA**

**SOLICITUD DE INGRESO Y CERTIFICADO INDIVIDUAL**

|  |
| --- |
| Este documento solo 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. |
| **LUGAR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA DE INCLUSON: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** conforme al plazo de la póliza colectiva **No. DE PÓLIZA COLECTIVA:** |
| **DATOS DEL TOMADOR**  |
| **CONTRATANTE:**  |
| **DOMICILIO DEL CONTRATANTE:** |
| **DATOS DEL ASEGURADO** |
| Nombre 1° Apellido 2° Apellido |
| N° Identificación: | Tipo deIdentificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro |
| Género: Masculino Femenino | Fecha de nacimiento Día Mes Año País de Origen o nacimiento:  |
| Teléfono: | Correo Electrónico: |
| Teléfono Celular: | Profesión: |
| Dirección Exacta de Domicilio: |
| País: Provincia: Cantón: Distrito: |
| Estado Civil: Casado Separado Divorciado Viudo Soltero Unión Libre |
| RELACION CON EL ASEGURADO PRINCIPAL:  |
| **NOTIFICACIONES** |
| Medio para ser notificado: Correo Electrónico Teléfono Dirección física Fax |
| **DATOS DEL PATRONO** |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA:** Privada Mixta Estatal   |
| DIRECCIÓN DEL TRABAJO: País:  |
| Teléfono No. Ingreso mensual: colones dólares Cantidad:  |
| ¿Trabaja usted por cuenta propia? \* Si No  |
| Ocupación actual:  |
| Tiempo de laborar en su trabajo actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_\_\_ Describa el giro del negocio:  |
| ¿Es una empresa familiar? \*Si No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Está asegurado con la CCSS? Si No Número de asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Número de horas trabajadas a la semana \_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Contrato Temporal? \*Si No Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **\*NO APLICA COBERTURA DE DESEMPLEO.** |
| **DATOS DEL PRESTAMO** |
| No de cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de préstamo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Suma solicitada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tipo de préstamo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cuotas a pagar Capital+Interes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Seguro del bien: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Duración (meses): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Deudor Fiador Línea de crédito: Si No  |
| **DATOS DEL OBJETO O INTERES QUE SE SOLICITA ASEGURAR** |
| El interés asegurable es la **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**, pero el asegurado tendrá la opción de contratar cobertura de **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP), DESEMPLEO INVOLUNTARIO-TRABAJADOR DEPENDIENTE y GASTOS FUNERARIOS.**  |

|  |
| --- |
| **ELECCIÓN DE MONTO ASEGURADO, COBERTURA BÁSICA Y COBERTURAS OPCIONALES** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Marcar** | **Sumas Aseguradas** | **Sumas Aseguradas** |
|  | **COBERTURA BÁSICA** |  |
|  | Muerte por Cualquier Causa | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **COBERTURAS OPCIONALES:**  |  |
|  | Incapacidad Total y Permanente (ITP) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | Desempleo Involuntario-Trabajador Dependiente | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | Gastos Funerarios |  |

**Monto Cobertura: Saldo insoluto del crédito** **Monto original del crédito. Monto inicial del grupo asegurado: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**EL SOLICITANTE DEBERÁ LLENAR LA “DECLARACIÓN DE SALUD PARA UN SEGURO DE VIDA” ASÍ COMO CUALQUIER OTRO CUESTIONARIO DE SALUD EN CASO DE QUE SEA REQUERIDO PARA LA ACEPTACION DEL RIESGO, FIRMAR LA “AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTES” Y APORTAR COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, LOS CUALES FORMARÁN PARTE DE LA PÓLIZA.**

|  |
| --- |
| **DECLARACION DE SALUD**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESO** | Kilogramos: ó Libras: | **ESTATURA** |  | Metros: ó pulgadas:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| 1. ¿Ha sido diagnosticado, padecido o tratado médicamente por alguna enfermedad o sufrido algún accidente durante los últimos cinco (5) años?
 |  |  |
| 1. ¿Durante los últimos tres (3) años ha consultado algún médico para ser examinado, operado, tratado o aconsejado?
 |  |  |
| 1. ¿Ha estado usted en tratamiento o le han diagnosticado que padece de diabetes, azúcar en la orina, enfermedades de riñón, fiebre reumática, desórdenes cardíacos, presión alta, enfermedades del pulmón, úlcera, hepatitis B, desórdenes del aparato digestivo, epilepsia, desórdenes nerviosos, mentales o circulatorios?
 |  |  |
| 1. ¿Tiene usted algunos de estos síntomas sin explicación: fatiga, ¿pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones de la piel?
 |  |  |
| 1. ¿Ha sido tratado o diagnosticado de algún desorden o enfermedad relacionada con alcohol o drogas, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ¿el complejo relacionado al SIDA (ARC) o condiciones relacionadas con el SIDA? ¿Padece de alguna limitación física, malformación o amputación?
 |  |  |
| 1. ¿Se encuentra de subsidio médico, o está en proceso de ser declarado con algún tipo de incapacidad o invalidez médica?
 |  |  |
| 1. ¿Alguna vez ha solicitado Seguros de Vida, Accidentes, ¿de Salud o rehabilitación que haya sido declinada, rechazada o recargada de alguna forma?
 |  |  |
| 1. ¿Tiene usted otro(s) Seguro(s) de Vida?
 |  |  |
| 1. ¿Práctica usted automovilismo en carreras de velocidad y resistencia, motociclismo, motocross, cacería, charrería, ciclismo profesional, deportes náuticos, esquí, hockey profesional, jockey, luchador, paracaidismo, parapente, planeador, vuelo delta, salto en bungee, aviación militar, acróbata, bombero, buzo, dinamitero, domador de animales salvaje, corridas de toro en las barreras, guarda-espalda, marinero de submarino, minero, pescador, policía, torero, práctica de fútbol o béisbol a nivel profesional, esquí acuático, polo, pesca a más de cinco (5) kilómetros de la costa, rodeo, rugby y boxeo?
 |  |  |

**Solo si la solicitante es mujer.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ¿Se encuentra embarazada o padece de alguna enfermedad de la matriz, ovario o mamas?
 |  |  |

 **En caso de respuesta afirmativa, ampliar a continuación:**

Tipo de enfermedad, desde cuándo la padece, tratamiento, médico tratante. Si es hipertenso dar valores recientes de presión. Si está embarazada indicar de cuantos meses. Si tiene otro seguro indicar suma asegurada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS** |
| **BENEFICIARIO ACREEDOR** | Nombre 1° Apellido 2° Apellido |
| N° Identificación: | Tipo deIdentificación: Cédula Nacional Cédula Jurídica Pasaporte Otro |
| BENEFICIO DEL ACREEDOR  | SALDO DE LA DEUDA CONTRATO DE CRÉDITO No.:  |
| Teléfono: | CORREO ELECTRONICO :  |
| Dirección Exacta de Domicilio: |
| **BENEFICIARIO N°1** | Nombre 1° Apellido 2° Apellido |
| N° Identificación: | Tipo deIdentificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro |
| Género: Masculino Femenino | Fecha de Nacimiento: | Porcentaje de beneficio: | Parentesco |
| Teléfono Celular: | Correo Electrónico: |
| Dirección Exacta de Domicilio: |
| **BENEFICIARIO N°2** | Nombre 1° Apellido 2° Apellido |
| N° Identificación: | Tipo deIdentificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro |
| Género: Masculino Femenino | Fecha de Nacimiento: | Porcentaje de beneficio: | Parentesco |
| Teléfono Celular: | Correo Electrónico: |
| Dirección Exacta de Domicilio: |
| **PLAZO DE VIGENCIA**  | DESDE:  | HASTA: |

|  |
| --- |
| **OTROS TEMAS**  |
| **MONEDA: [ ]  COLONES [ ]  DÓLARES [ ]  COTIZACIÓN [ ]  EMISIÓN [ ]  VARIACIÓN** |

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**: Declaro formalmente, mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy es cierta y que no he presumido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a la Empresa de Seguros para que suscriba la Póliza. **SEGUROS LAFISE por mandato de ley está obligada y por tanto se compromete, a que la información suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del solicitante o asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.**

**PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD. La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada, postergada 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. 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. Adicionalmente, el solicitante podrá obtener información sobre el trámite de aceptación de la solicitud con el intermediario de seguros, al correo electrónico** **serviciosseguroscr@lafise.com** **, o al teléfono 2246-2222.**

**ENTREGA DE INFORMACIÓN. MANIFIESTO que he tenido acceso y he recibido la información necesaria previa al perfeccionamiento del contrato del seguro, para obtener más información sobre las limitaciones y exclusiones de la póliza puede solicitarla a SEGUROS LAFISE** **serviciosseguroscr@lafise.com** **o directamente al tomador.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Tomador o Asegurado**  | **Firma** | **Lugar y Fecha**  |
|  |  |  |
| **Nombre del Intermediario** | **Firma** | **Clave** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  **La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el Registro número : P14-40-A14-1044 SEGURO COLECTIVO DE VIDA PROTECCION CREDITICIA, de fecha: 28 de junio de 2022.**  |