Texto

Descripción generada automáticamente con confianza media

**SOLICITUD SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ No. DE PÓLIZA:** | | | |
| **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 las coberturas de  **MUERTE ACCIDENTAL Y DESMENBRAMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) y GASTOS FUNERARIOS.** | | | |
| **DATOS DEL GRUPO A ASEGURAR** | | | |
| Para los efectos contractuales y legales conducentes se declara la siguiente información: | | | |
| 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. | | | |
| Declaro conocer que los miembros elegibles que reúnen las condiciones de asegurabilidad sean asegurados o asegurados dependientes, en la fecha de inicio de la vigencia no serán elegibles si se encuentran incapacitados por razones de enfermedad o accidente, sino hasta después de haber presentado pruebas de asegurabilidad aceptadas por Seguros LAFISE. Asimismo, declaro conocer que los miembros asegurables que ingresan al Grupo Asegurable, después del inicio de la vigencia, serán elegibles siempre que no se encuentren en condición de accidentados.  En el caso de que el grupo asegurado sean empleados del Tomador, y estos van a estar activos en una fecha distinta a la fecha de emisión o inclusión en esta póliza, indique de seguido la fecha en que estarán en condición de empleados activos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Declaro asimismo que conozco los requisitos contractuales para la emisión de la póliza en cuanto al porcentaje de miembros elegibles que deben incluirse, esto es, 75% en la modalidad contributiva y 100% en la modalidad no contributiva. | | | |
| Con la presente se aportan debidamente firmadas, las Solicitudes de Ingreso y Certificado Individualque forman parte de esta solicitud y de esta póliza, conteniendo la información y datos relativos a cada uno de los miembros del Grupo. | | | |
| **PLAZO DE VIGENCIA DESDE: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **ELECCIÓN DE OPCIONES: MONTO ASEGURADO, COBERTURA BÁSICA Y COBERTURAS OPCIONALES** | | | |
| **COBERTURA BASICA POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA** | | | |
| Regla que deberá seguirse para fijar o establecer la suma asegurada que corresponde a cada miembro del Grupo Asegurable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Monto inicial del grupo asegurado: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **COBERTURAS OPCIONALES**  **COBERTURAS OPCIONALES** | | | |
| **MARQUE LAS COBERTURAS OPCIONALES QUE DESEA CONTRATAR:** | | | |
| Regla que deberá seguirse para fijar el o establecer la suma asegurada de la cobertura de Gastos Funerarios que corresponde a cada miembro del Grupo Asegurable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO. Monto asegurado global: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP). Monto asegurado global: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **GASTOS FUNERARIOS Monto asegurado global: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **OTROS TEMAS** | | | |
| **MONEDA:  COLONES  DÓLARES  COTIZACIÓN  EMISIÓN  VARIACIÓN** | | | |
| **Plan con contribución  Plan sin contribución**  Si el plan de seguro es contributivo indique la cantidad o proporción que pagará cada uno de los miembros del Grupo Asegurado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| Nombre y dirección de la persona o empresa que deberá pagar la prima a Seguros LAFISE.  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **FORMA DE PAGO DE LA PRIMA Y RECARGO POR FRACCIONAMIENTO** | | | |
| Anual  Sin recargo Mensual:  **0.09**  Tri | | | |
| **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.  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**](mailto: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*** | |
|  |  |  | |

Texto

Descripción generada automáticamente con confianza media

**SOLICITUD SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

**SOLICITUD DE INGRESO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ No. DE PÓLIZA:** | | | |
| **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: | | | |
| Teléfono Oficina: Otro Teléfono: | | | |
| Correo Electrónico: | | | |
|  | | | Fax: |
| **NOTIFICACIONES** | | | |
| Medio para ser notificado: Correo Electrónico Teléfono Dirección física Fax | | | |
| **DATOS DEL ASEGURADO** | | | |
| Nombre 1° Apellido 2° Apellido | | | |
| N° Identificación: | Tipo de  Identificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro | | |
| Género: Masculino Femenino | Día Mes Año País de Residencia  Fecha de Nacimiento: | | |
| Teléfono: | | Correo Electrónico: | |
| Teléfono Celular: | | Apartado Postal: Fax: | |
| Dirección Exacta de Domicilio: | | | |
| País: Provincia: Cantón: Distrito: | | | |
| Estado Civil: Casado Separado Divorciado Viudo Soltero Unión Libre | | | |
| ¿Trabaja usted por cuenta propia: Si No Nombre de la empresa si no es por cuenta propia: Ocupación: | | | |
| Ocupación: Tiempo de laborar en su trabajo actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año(s) y \_\_\_\_\_\_\_Meses. | | | |
| Giro de Negocio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Es una empresa familiar? Si No | | | |
| Además de su ocupación favor indicar si maneja o manipula explosivos o sustancias químicas: Si No | | | |  |
| Ingreso Mensual: Dólares Colones Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| **RELACION CON EL TOMADOR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| **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 las coberturas de  **MUERTE ACCIDENTAL Y DESMENBRAMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) y GASTOS FUNERARIOS.** | | | |

**DECLARACION DE SALUD**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| 1. ¿Ha sido diagnosticado, padecido o tratado médicamente por alguna enfermedad o sufrido algún accidente durante los últimos cinco (5) años? |  |  |
| 2. ¿Durante los últimos tres (3) años ha consultado algún médico para ser examinado, operado, tratado o aconsejado? |  |  |
| 1. 3. ¿Ha estado usted en tratamiento o le han diagnosticado que padece de diabetes, azúcar en la orina, 2. enfermedades de riñón, fiebre reumática, desórdenes cardíacos, presión alta, enfermedades del pulmón, 3. úlcera, hepatitis B, desórdenes del aparato digestivo, epilepsia, desórdenes nerviosos, mentales o circulatorios? |  |  |
| 4. ¿Tiene usted algunos de estos síntomas sin explicación: fatiga, ¿pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones de la piel? |  |  |
| 5. ¿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? |  |  |
| 7. ¿Alguna vez ha solicitado Seguros de Vida, Accidentes, ¿de Salud o rehabilitación que haya sido declinada,  rechazada o recargada de alguna forma? |  |  |
| 8.- ¿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 el solicitante es mujer.  9.- ¿Se encuentra embarazada o padece de alguna enfermedad de la matriz, ovario o mamas? |  |  |

|  |
| --- |
| **En caso de respuestas afirmativas, 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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**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.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO** | | | |
| **BENEFICIARIO N°1** | Nombre 1° Apellido 2° Apellido | | |
| N° Identificación: | Tipo de  Identificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro | | |
| Porcentaje de beneficio: | | Parentesco | |
| Teléfono Celular: | | Correo Electrónico: | |
| **BENEFICIARIO N°2** | Nombre 1° Apellido 2° Apellido | | |
| N° Identificación: | Tipo de  Identificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro | | |
| Porcentaje de beneficio: | | Parentesco | |
| Teléfono Celular: | | Correo Electrónico: | |
| **BENEFICIARIO ACREEDOR** | Nombre | | |
| N° Identificación: | Tipo de  Identificación: Cédula Nacional Cédula jurídica Pasaporte Otro | | |
| Teléfono: | Correo Electrónico: | | |
| Dirección Exacta de Domicilio: |  | | |
| BENEFICIO DEL ACREEDOR | SALDO DE LA DEUDA CONTRATO DE CRÉDITO No.: | | |
| Tipo de Préstamo: | | Número de Préstamo: | |
| Suma Solicitada: | | Duración del Crédito: | |
|  | | | |
| **PLAZO DE VIGENCIA**  **INCLUSION** | DESDE: | | HASTA: |

|  |
| --- |
| **ELECCION DE MONTO ASEGURADO, COBERTURA BASICA Y COBERTURAS OPCIONALES** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Marcar** | **Coberturas** | **Sumas Aseguradas** |
|  | **COBERTURA BÁSICA** |  |
|  | Muerte por cualquier Causa | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **COBERTURAS OPCIONALES:** |  |
|  | Muerte Accidental o Desmembramiento | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | Incapacidad Total y Permanente (ITP) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | Gastos Funerarios | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **OTROS TEMAS** |
| **MONEDA:  COLONES  DÓLARES  COTIZACIÓN  EMISIÓN  VARIACIÓN** |
| **OTROS SEGUROS** |
| **¿Existe alguna otra póliza vigente con esta aseguradora igual a la presente?  SI  NO** |
| **Monto asegurado: Número de Póliza:** |
| Para completar este formulario, lea detenidamente la siguiente información:   1. Este documento consta de un original compuesto de cuatro páginas. 2. La solicitud de ingreso y declaración individual no debe tener espacios vacíos; si es completada a mano la letra debe de ser en imprenta con un solo color de tinta, sin manchones ni tachaduras. 3. El Asegurado y Tomador deben de firmar solicitud de ingreso. 4. Si el Asegurado no sabe firmar, deberá imprimir la huella digital correspondiente al dedo pulgar de la mano derecha, y obtener la firma de los dos (2) testigos a su ruego. 5. En caso de siniestro, todo el trámite estará cargo del Tomador. |
| **DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**: Declaro que las respuestas a esta solicitud son clara y completas. Así mismo autorizo a cualquier médico, médico de cabecera, hospital público o privado, clínica, centro de salud, centro de salud hospitalario, médico forense, compañía de seguros, empresa u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de mi persona, de mi historial o situación actual de salud y laboral, para que pueda dar cualquier información sobre mi historial clínico o situación laboral. Entiendo que Seguros Lafise se reserva el derecho de solicitar evidencias médicas y laborales y de rechazar esta solicitud, de acuerdo con las normas de selección de dicha aseguradora, y de que cualquier declaración falsa e inexacta, o cualquier omisión de información será causa de rechazo de la presente solicitud o la cancelación del contrato de seguro si ya se hubiere emitido.  Entiendo que la presente solicitud debe ser aceptada por Seguros Lafise para que entre en vigencia el contrato de seguro que solicito, y asimismo, queda entendido que la prima puede tener ajustes en cualquier prórroga contractual conforme lo establecido en las Condiciones Generales o por errores de cálculo.  Declaro que he sido informado de forma clara, completa, oportuna y adecuada sobre los alcances y consecuencias del seguro a ser contratado, y que he leído y entendido los documentos de la póliza que me fueron proporcionados.  Asimismo, **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**](mailto: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.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SEGURO COLECTIVO DE VIDA, de fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | |

Texto

Descripción generada automáticamente con confianza media

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

**SOLICITUD DE INGRESO DEPENDIENTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ No. DE PÓLIZA:** | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL TOMADOR** | | | |
| Nombre o Razón Social: | | | |
| Dirección Exacta: | | | |
| Teléfono Oficina: | | | Otro Teléfono: |
| Correo electrónico: | | | | |
| **NOTIFICACIONES** | | | | |
| Medio para ser notificado: Correo Electrónico Teléfono Dirección física Fax  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **DATOS DEL ASEGURADO** | | | | |
| Nombre 1° Apellido 2° Apellido | | | | |
| N° Identificación: | Tipo de  Identificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro | | | |
| Teléfono: | | Teléfono celular: | | |
| Correo electrónico: | | | | |
| Dirección Exacta de Domicilio: | | | | |
| País: Provincia: Cantón: Distrito: | | | | |
| Además de su ocupación favor indicar si maneja o manipula explosivos o sustancias químicas: Si No | | | | |
| Ingreso Mensual: Dólares :  Colones :  Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **DATOS DEL ASEGURADO DEPENDIENTE** | | | | |
| Nombre 1° Apellido 2° Apellido | | | | |
| N° Identificación: | Tipo de  Identificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro | | | |
| Género: Masculino Femenino | Día Mes Año País de Residencia  Fecha de Nacimiento: | | | |
| Teléfono: | | Teléfono Celular: | | |
| Correo Electrónico: | | | | |
| Dirección Exacta de Domicilio: | | | | |
| País: Provincia: Cantón: Distrito: | | | | |
| Estado Civil: Casado Separado Divorciado Viudo Soltero Unión Libre | | | | |
| **RELACION CON EL ASEGURADO PRINCIPAL:  PADRES CONYUGE O CONVIVIENTE  HIJOS** | | | | |
| **NOTIFICACIONES** | | | | |
| Medio para ser notificado: Correo Electrónico Teléfono Dirección física Fax | | | | |
| **DATOS DEL OBJETO O INTERES QUE SE SOLICITA ASEGURAR** | | | |
| |  | | --- | | **PADRES, CONYUGE O CONVIENTE** | | | | |
| El interés asegurable es la **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**, pero el asegurado tendrá la opción de contratar las coberturas de  **MUERTE ACCIDENTAL Y DESMENBRAMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) y GASTOS FUNERARIOS.** | | | |

**DECLARACION DE SALUD**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| 1. ¿Ha sido diagnosticado, padecido o tratado médicamente por alguna enfermedad o sufrido algún accidente durante los últimos cinco (5) años? |  |  |
| 2. ¿Durante los últimos tres (3) años ha consultado algún médico para ser examinado, operado, tratado o aconsejado? |  |  |
| 1. 3. ¿Ha estado usted en tratamiento o le han diagnosticado que padece de diabetes, azúcar en la orina, 2. enfermedades de riñón, fiebre reumática, desórdenes cardíacos, presión alta, enfermedades del pulmón, 3. úlcera, hepatitis B, desórdenes del aparato digestivo, epilepsia, desórdenes nerviosos, mentales o circulatorios? |  |  |
| 4. ¿Tiene usted algunos de estos síntomas sin explicación: fatiga, ¿pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones de la piel? |  |  |
| 5. ¿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? |  |  |
| 7. ¿Alguna vez ha solicitado Seguros de Vida, Accidentes, ¿de Salud o rehabilitación que haya sido declinada,  rechazada o recargada de alguna forma? |  |  |
| 8.- ¿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 el solicitante es mujer.  9.- ¿Se encuentra embarazada o padece de alguna enfermedad de la matriz, ovario o mamas? |  |  |
| **En caso de respuestas afirmativas, 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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**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.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS** | | | |
| **BENEFICIARIO N°1** | Nombre 1° Apellido 2° Apellido | | |
| N° Identificación: | Tipo de  Identificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro | | |
| Porcentaje del beneficio: | | Parentesco: | |
| Teléfono Celular: | | Correo Electrónico: | |
| **BENEFICIARIO N°2** | Nombre 1° Apellido 2° Apellido | | |
| N° Identificación: | Tipo de  Identificación: Cédula Nacional Cédula de Residencia Pasaporte Otro | | |
| Porcentaje de beneficio: | | Parentesco: | |
| Teléfono Celular: | | Correo Electrónico: | |
| **PLAZO DE VIGENCIA**  **Inclusión** | DESDE: | | HASTA: |

|  |
| --- |
| **ELECCION DE MONTO ASEGURADO, COBERTURA BASICA Y COBERTURAS OPCIONALES** |
| **PADRES, CONYUGE O CONVIENTE** |
| **COBERTURA BASICA POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA** |
| **Monto asegurado: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **COBERTURAS OPCIONALES** |
| **MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO. Monto asegurado: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP). Monto asegurado: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **GASTOS FUNERARIOS Monto asegurado: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **HIJOS** |
| **COBERTURA BASICA POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA** |
| **Monto asegurado: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **LAS COBERTURAS CONTRATADAS Y EL MONTO ASEGURADO SERÁN INCLUIDOS EN EL CERTIFICADO DE SEGURO.** |

|  |
| --- |
| **OTROS TEMAS** |
| **MONEDA:  COLONES  DÓLARES  COTIZACIÓN  EMISIÓN  VARIACIÓN** |
| **OTROS SEGUROS** |
| **¿Existe alguna otra póliza vigente con esta aseguradora igual a la presente?  SI  NO** |
| **Monto asegurado: Número de Póliza:** |
| Para completar este formulario, lea detenidamente la siguiente información:   1. Este documento consta de un original compuesto de cuatro páginas. 2. La solicitud de ingreso y declaración individual no debe tener espacios vacíos; si es completada a mano la letra debe de ser en imprenta con un solo color de tinta, sin manchones ni tachaduras. 3. El Asegurado y Tomador deben de firmar solicitud de ingreso dependiente. 4. Si el Asegurado no sabe firmar, deberá imprimir la huella digital correspondiente al dedo pulgar de la mano derecha, y obtener la firma de los dos (2) testigos a su ruego. 5. En caso de siniestro, todo el trámite estará cargo del contratante. |
| **DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**: Declaro que las respuestas a esta solicitud son clara y completas. Así mismo autorizo a cualquier médico, médico de cabecera, hospital público o privado, clínica, centro de salud, centro de salud hospitalario, médico forense, compañía de seguros, empresa u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de mi persona, de mi historial o situación actual de salud y laboral, para que pueda dar cualquier información sobre mi historial clínico o situación laboral. Entiendo que Seguros Lafise se reserva el derecho de solicitar evidencias médicas y laborales y de rechazar esta solicitud, de acuerdo con las normas de selección de dicha aseguradora, y de que cualquier declaración falsa e inexacta, o cualquier omisión de información será causa de rechazo de la presente solicitud o la cancelación del contrato de seguro si ya se hubiere emitido.  Entiendo que la presente solicitud debe ser aceptada por Seguros Lafise para que entre en vigencia el contrato de seguro que solicito, y asimismo, queda entendido que la prima puede tener ajustes en cualquier prórroga contractual conforme lo establecido en las Condiciones Generales o por errores de cálculo.  Declaro que he sido informado de forma clara, completa, oportuna y adecuada sobre los alcances y consecuencias del seguro a ser contratado, y que he leído y entendido los documentos de la póliza que me fueron proporcionados.  **Asimismo, 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**](mailto: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.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TOMADOR** | **FIRMA** | **Lugar y Fecha** | |
| **ASEGURADO** | **FIRMA** | **Lugar y Fecha** | |
| **Asegurado DEPENDIENTE** | **Firma** | | **Lugar y Fecha** |
|  |  | |  |
| **MENORES DE EDAD ASEGURADOS** |  | |  |
| **FIRMA DE LOS PADRES O DE QUIEN LEGALMENTE LO REPRESENTE O TENGA SU TUTELA consintiendo EN CASO DE QUE LA PERSONA ASEGURADA SEA MENOR DE EDAD.** | **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SEGURO COLECTIVO DE VIDA, de fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | | |