SOLICITUD DE INCLUSIÓN SEGURO COLECTIVO FINANCIERO VIDA

MAPFRE

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

FECHA	LUGAR	HORA	N° DE CLIENTE

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA COLECTIVA

N° PÓLIZA	NOMBRE TOMADOR	TIPO DE TRÁMITE
	MUTUAL CARTAGO DE AHORRO Y PRÉSTAMO	☑ INCLUSIÓN ☐ AUMENTO ☐ EXLUSIÓN

VIGENCIA	DESDE	HASTA	MONEDA
	_____ _____ _____	01/06/2025	☐ COLONES ☐ DÓLARES

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO

OCUPACIÓN	N° DE TELÉFONO	N° DE CELULAR

DOMICILIO	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO
	DIRECCION EXACTA		

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS A ASEGURAR:

ASPECTOS RELATIVOS AL RIESGO

¿Alguna vez ha tenido alguna(s) condición(es), signo(s) o síntomas(s) manifestados y/o evidentes que aún no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones?

Marque con una X su respuesta	SI	NO
¿Cualquier desorden neurológico, sistema nervioso depresión, ansiedad, epilepsia y otros, sistema respiratorio, gastrointestinal, endocrinólogos o genito-urinario, diabetes, hipertensión, angina de pecho, colesterol o triglicéridos altos, trastornos de las arterias coronarias, problemas cardíacos o del sistema cardiovascular o los vasos sanguíneos, desorden de la sangre, transfusión de sangre problemas con la columna vertebral y/o los discos intervertebrales?	☐	☐
¿Cualquier tipo de quiste, tumores o cáncer?	☐	☐
¿Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o relacionado con el SIDA?	☐	☐
¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?	☐	☐
¿Ha estado recluido en un hospital o institución similar, se le ha realizado algún examen especial, de laboratorio, ultrasonido, mamografía o laparoscopia?	☐	☐
¿Alguna vez alguna aseguradora le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes personales o de salud?	☐	☐
¿Está usted embarazada? Caso positivo, favor indicar la fecha probable del alumbramiento **MES** ____ **DIA** ____ **AÑO** _____	☐	☐
¿Practica algún tipo de deporte profesional o amateur?	☐	☐
¿Ha solicitado o recibido beneficios o pagos de na pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	☐	☐
¿Ha sido diagnosticado de cualquier otra enfermedad o accidente que no haya estado indicado en las preguntas anteriores?	☐	☐
¿Es fumador, desde cuándo y cuantos cigarros al día fuma?	☐	☐
¿Problemas alcohólicos o problemas de drogas?	☐	☐
Indicar Peso en Kilos		
Indicar estatura en centímetros		
Indicar Indice Masa Corporal		

Si ha respondido SI a cualquiera de las preguntas anteriores, Favor especificar el diagnóstico, cirugía o tratamiento y/o medicamentos recomendados, fecha, nombre del médico y hospital en donde se atendió o se está atendiendo:

#	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u Hospital

BENEFICIARIOS

1. En caso de suscribirse este producto bajo saldo deudor puro, el Tomador, en su calidad de entidad acreedora que otorga el crédito asociado a este seguro, es el único beneficiario de esta póliza hasta el equivalente del saldo insoluto de tal crédito, pero sin exceder de la suma asegurada.

2. En caso de suscribirse este producto bajo saldo deudor monto original, el Tomador, en su calidad de entidad acreedora que otorga el crédito asociado a este seguro, es el beneficiario de esta póliza hasta el equivalente del saldo insoluto de tal crédito, pero sin exceder de la suma asegurada. Cualquier remanente, deberá ser girado a favor de la o las siguientes personas:

Nombre Completo	Cédula o Identificación	Medio de Contacto	Porcentaje de participación

VIGENCIA A SOLICITAR	
VIGENCIA A SOLICITAR	Inclusión a partir del: . conforme al plazo de la póliza colectiva
VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA	**Desde:** 01/06/2024 **Hasta** 01/06/2025. Renovable anualmente de manera automática si ninguna de las partes, Tomador o **MAPFRE| COSTA RICA**, interpone aviso de no renovación dentro de los plazos previstos en la póliza.

ELECCIÓN DE OPCIONES POR PARTE DEL SOLICITANTE (Según contratadas por el Tomador):

COBERTURAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA INICIAL
☑ Cobertura A – Muerte por Cualquier Causa	
☑ Cobertura B – Incapacidad Total y Permanente	
☐ Cobertura C – Desempleo Involuntario Meses Cubiertos: _____ (Según convenio con el Tomador)	
☐ Cobertura D – Protección por Incapacidad Temporal Accidental Meses Cubiertos: _____ (Según convenio con el Tomador)	
☐ Cobertura E – Gastos Funerarios	
☐ Cobertura F – Muerte accidental especial	
☐ Cobertura G – Adelanto parcial por enfermedad terminal	
☐ Cobertura H – Riesgos Adicionales	
Cobertura I – Servicios de Asistencia. **(Según contratadas por el Tomador):**	
☐ **PLAN A** – Ambulancia (1 al año), Mediphone (sin límite), Audiología (1 al año) y consulta médico general (1 al año)	
☐ **PLAN B** – Examen de laboratorio (1 al año), Mediphone (sin límite), Examen de la vista (1 al año) y consulta médico general (1 al año)	
☐ **PLAN C** – Consulta médico general o especialista a domicilio o en consultorio (2 al año), orientación médica telefónica con médico general (2 al año), Exámen de laboratorio (1 al año).	
☐ **PLAN D** – Consulta médico general o pediatría a domicilio o en consultorio (3 al año); Exámenes de laboratorio (4 exámenes al año a elegir según lista detallada), orientación medica telefónica, ambulancia (2 eventos al año), Consulta con nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, ginecólogo (1 al año de cada uno)	
☐ **PLAN E** – Consulta médico general o pediatría a domicilio o en consultorio (3 al año); Exámenes de laboratorio (5 exámenes al año a elegir según lista detallada), orientación medica telefónica, ambulancia (2 eventos al año), Consulta con nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, (2 al año de cada uno), y ginecólogo (1 al año)	
☐ **PLAN F** – Consulta médico general o pediatría a domicilio o en consultorio (4 al año); Exámenes de laboratorio (7 exámenes al año a elegir según lista detallada), orientación medica telefónica, ambulancia (2 eventos al año), Consulta con nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, (3 al año de cada uno), ginecólogo (2 al año), odontólogo revisión, extracciones simples y limpieza dental (2 al año), Examen de la vista (2 al año) y Orientación legal telefónica (3 eventos al año)	

MEDIO DE PAGO

PERIODICIDAD: ☑ **Mensual** **FORMA DE PAGO:** Transferencia

OTROS TEMAS: DECLARACIONES: El Solicitante declara: Que me encuentro en buen estado de salud, que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad, renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA; y que mi habilidad física no se encuentra disminuida, ni limitada, que no padezco de paraplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, apoplejía, ataque de delirium trémens, síncopes/vértigo, enfermedades mentales, cirrosis, alcoholismo, así como de ninguna enfermedad terminal, de la que tenga conocimiento, reconozco que de fallecer o sufrir incapacidad total y permanente por causa directa o indirecta tanto de enfermedades, padecimientos, disminuciones, como de las limitaciones, todas de las anteriormente mencionadas o no, siempre que hubiese sido preexistente a esta declaración, el presente certificado de aseguramiento no generará derechos a ninguna persona en ningún concepto, según las condiciones generales del contrato. Finalmente, autorizo a los laboratorios, médicos y/o hospitales que me han atendido a suministrar los datos que posean de mi estado de salud.

En el caso que la Cobertura C sea otorgada de forma gratuita según indicado en las Condiciones Generales de esta póliza, **MAPFRE | COSTA RICA** verificará el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad de cada miembro asegurado al momento de reclamación bajo dicha cobertura, en el entendido que no sea aceptarán reclamos de asegurados que no cumplan con las condiciones aplicables.

PROCESO DE ANÁLISIS: La solicitud de seguro deberá ser aceptada o rechazada por **MAPFRE | COSTA RICA** dentro de un plazo máximo de un mes calendario, contado a partir de la fecha de su recibo. Si **MAPFRE | COSTA RICA** no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, **MAPFRE | COSTA RICA** deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. La solicitud de seguro será analizada por **MAPFRE | COSTA RICA** conforme a los plazos indicados, para lo cual **MAPFRE | COSTA RICA** enviará al Tomador las comunicaciones que correspondan dentro del dicho plazo. En caso de duda, el Tomador y/o el Asegurado puede contactar al Departamento de Servicio al Cliente a los

números indicados en este formulario.

INFORMACIÓN PREVIA: Como interesado en obtener la cobertura de seguro, hago constar con mi firma que he recibido el acceso a la información requerida previo al perfeccionamiento del contrato, el artículo 12 de la Ley 8956, y; 24, 25, 26 y 27 del Reglamento sobre Comercialización de Seguros. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en el sitio web www.mapfrecr.com, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso en formar parte de esta póliza.

Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará a **MAPFRE | COSTA RICA** 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.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

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, Ley 8653, bajo el registro número P14-40-A03-711 de fecha 16 de mayo de 2017.