

**SOLICITUD DE INGRESO SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS INTERNACIONAL -PLAN GRUPO JOVEN**

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

Lugar: _____ Fecha: Mes ____/Día ____/Año ____

| | | | |
|-------------------|-----------------|---|---|
| Número de Póliza: | Certificado N°: | Ingreso de Asegurado <input type="checkbox"/> | Ingreso de Dependiente <input type="checkbox"/> |
| TOMADOR: | | IDENTIFICACIÓN: | |

1.- DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

| ASEGURADO PRINCIPAL | | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|------------------------------------|---|
| Nombre | | Primer apellido | | Segundo apellido | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otro |
| Sexo | | Fecha de nacimiento | | País de residencia | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | Día: | Mes: | Año: | |
| Reporto para recibir comunicaciones de la compañía el siguiente medio: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fax: | | | <input type="checkbox"/> Apartado postal: | | |
| <input type="checkbox"/> Email: | | | <input type="checkbox"/> Otro: | | |
| Domicilio permanente | | Teléfonos | | Correo electrónico | |
| País _____, Ciudad _____ | | Domicilio: | | | |
| Otras señas: | | Celular: | | | |
| | | Fax: | | | |
| Estado civil del asegurado principal | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Unión de hecho |

2. DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR:

Bajo la COBERTURA DE GASTOS MEDICOS, se proporcionan servicios médicos por Hospitalización, Cirugía, Maternidad, Beneficios Ambulatorios, y los otros beneficios médicos que se describen con sujeción al cumplimiento de los requerimientos de pre-notificación, a completar los copagos, coaseguros, deducibles, exclusiones, limitaciones, Beneficio Máximo por Año Póliza y demás estipulaciones y condiciones de la póliza vigente y las Condiciones Particulares, así como los beneficios de las Coberturas Opcionales que se hayan contratado.

Los beneficios cubiertos serán pagados aplicando en primer lugar el Deducible y posteriormente una vez este se consuma se aplicará el Coaseguro. El detalle del Deducible y Coaseguro que se aplica a la presente Póliza están especificados en la Tabla de Beneficios y en las Condiciones Particulares.

2.1 DEPENDIENTES PARA EL SEGURO DE SALUD

| CÓNYUGE O CONVIVIENTE | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|---|------------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRE | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otro |
| Sexo | | Fecha de nacimiento | | País de residencia | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | Día: | Mes: | Año: | |
| HIJO (A) O DEPENDIENTE | | | | | |
| NOMBRE | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otro |
| Sexo | | Fecha de nacimiento | | País de residencia | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | Día: | Mes: | Año: | |



| HIJO (A) O DEPENDIENTE | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|--|-------------------------------|----|
| NOMBRE | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | |
| | | | | | | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Sexo | | Fecha de nacimiento | | País de residencia | | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | Día: | Mes: | Año: | | |
| HIJO (A) O DEPENDIENTE | | | | | | |
| NOMBRE | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | |
| | | | | | | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Sexo | | Fecha de nacimiento | | País de residencia | | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | Día: | Mes: | Año: | | |
| HIJO (A) O DEPENDIENTE | | | | | | |
| NOMBRE | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | |
| | | | | | | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Sexo | | Fecha de nacimiento | | País de residencia | | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | Día: | Mes: | Año: | | |
| <p>Cada uno de los solicitantes deberá llenar la "Declaración de salud para un Seguro de Gastos Médicos" y la "Autorización para consulta de expedientes" y aportar copia del documento de identificación. Mediante la firma de cada dependiente mayor de edad incluido en esta póliza, los mismos certifican que las respuestas dadas en esta solicitud son precisas y exactas. En caso de dependientes menores de edad, bajo patria potestad o tutela, su representante estará firmando en su lugar.</p> | | | | | | |
| PLAZO SOLICITADO: | | Hasta: | | Desde: | | |
| Este plazo depende de la fecha de emisión de la póliza colectiva, el pago de la prima y la fecha de aceptación de la solicitud de seguro. | | | | | | |
| 3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO | | | | | | |
| Número de Póliza: | | Ingreso de Asegurado <input type="checkbox"/> | | Ingreso de Dependiente: <input type="checkbox"/> | | |
| Nombre | | Primer apellido | | Segundo apellido | | |
| | | | | | | |
| Peso: Kgs _____ lbs. _____ Estatura: mts _____ pies _____ pulgs. _____ | | email: | | Nº. Teléfono.: | | |
| Nº de identificación | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Relación con el asegurado principal → | | <input type="checkbox"/> Asegurado principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo (a) o dependiente | | | | |
| 4. Cuestionario de salud: En todo este cuestionario, por favor indicar Si o No ☐ | | | | | Si | No |
| ¿Alguna compañía de seguros se ha negado a darle cobertura, a renovar alguna póliza en su aniversario, o ha cancelado o modificado algún seguro de salud, de vida o accidentes o ha sido aceptada con exclusiones o sobreprima? | | | | | Si | No |
| ¿Padece y/o ha sido tratado (a) por alguna de las siguientes enfermedades, condiciones, desórdenes o problemas de salud?: PUEDE ENCERRAR O SUBRAYAR LA ENFERMEDAD, CONDICIÓN, DESORDEN O PROBLEMA DE SALUD QUE TIENE O HA TENIDO. | | | | | Si | No |
| 4. a. ¿Problemas de los ojos, incluyendo cataratas, desprendimiento de retina, sordera u otros padecimientos de los oídos? | | | | | | |
| 4. c. ¿Problemas del corazón, infarto, trombosis, várices, taquicardia, soplos, insuficiencia valvular, arterial o venosa, dolores en el pecho, presión arterial alta, ahogos o falta de aire, apnea del sueño, o fiebre reumática? | | | | | | |
| 4. d. ¿Enfermedades de los pulmones, garganta, amígdalas o adenoides, tuberculosis, enfisema, asma, bronquitis, tos crónica, pólipos de laringe o de las cuerdas vocales? | | | | | | |
| 4. e. ¿Enfermedades de estómago, esófago, intestinos, hígado, vesícula, úlceras, colitis, gastritis, hernia hiatal o inguinal, sangrado digestivo, diverticulitis o diverticulosis, hemorroides, problemas de riñones o de vías urinarias, enfermedad crónica renal, infecciones, albúmina en la orina, piedras u otro padecimiento de la vejiga? | | | | | | |



| 4. f. ¿Enfermedades o deformaciones óseas, musculares, de columna, lumbalgia, amputaciones, ciática, dolor crónico de espalda, reumatismo, artritis, gota, fibromialgia, osteopenia, osteoporosis, infecciones de hueso, hernias discales? | | | | | |
|---|--|-----------|-----|-----|--|
| 4. g. ¿Cáncer, cualquier clase de tumor (benigno o maligno), problemas de la sangre (leucemia, anemia, púrpura etc.)? | | | | | |
| 4. h. ¿Problemas de la piel, tales como acné, alergias, dermatitis, enfermedad de Chagas, quiste, lunares o tumores? | | | | | |
| 4. i. ¿Sinusitis, desviaciones del tabique nasal, crecimiento de cornetes, rinitis, sinusitis, o cualquier otro trastorno de la nariz? | | | | | |
| 4. j. ¿Problemas endocrinos, padecimientos de la glándula tiroides, intolerancia a la glucosa, diabetes, azúcar en la orina, sobrepeso, elevación del colesterol y/ o triglicéridos? | | | | | |
| 4. k. ¿Quistes, nódulos, fibrosis, o cualquier otra enfermedad de las glándulas mamarias, miomas, fibromas u otras enfermedades de los ovarios, útero, vagina, cérvix, desórdenes menstruales, sangrados, otras enfermedades del sistema genitourinario? ¿Está la solicitante en estado de gestación en estos momentos? | | | | | |
| 4. l. ¿Problemas en el pene, testículos o en la próstata, recto o ano? | | | | | |
| 4. m. ¿Ha tenido o tiene, estado seropositivo por HIV, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o padecimientos relacionados con el SIDA, otras inmunodeficiencias, alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual? | | | | | |
| 4. n. ¿Alguna enfermedad, padecimiento, condición, problema de salud, desorden fisiológico o accidente no mencionado anteriormente? | | | | | |
| El solicitante del seguro indicado en este cuestionario: | Si | No | | | |
| 4. o. ¿Se ha practicado algún examen de salud y/o examen médico de rutina? | | | | | |
| 4. p. ¿Ha habido resultados anormales en los exámenes nombrados en el inciso anterior? | | | | | |
| 4. q. ¿Se ha realizado o le han recomendado efectuarse biopsias, radiografías, electrocardiograma, electroencefalograma, pruebas de sangre, orina o cualquier otro tipo de investigación médica? | | | | | |
| 4. r. ¿Ha estado alguna vez ingresado en un hospital, clínica o sanatorio? | | | | | |
| 4. s. ¿Está o ha estado bajo tratamiento o tomando medicamentos? | | | | | |
| 4. t. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica o cirugía? | | | | | |
| 4. u. ¿Se le ha recomendado efectuarse alguna cirugía que aún no se ha realizado? | | | | | |
| 4. v. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo, por tabaquismo o por adicción a las drogas o abuso de alguna sustancia nociva para la salud? | | | | | |
| 4. w. ¿Ha fumado cigarrillos, cigarros o tabacos? Indique abajo cantidad diaria y el tiempo que tiene de fumar. | | | | | |
| 4. x. ¿Tiene en su familia inmediata (padre/madre) historia de diabetes, hipertensión arterial, problemas del corazón o enfermedades de la circulación sanguínea? | | | | | |
| 4. y. ¿Práctica Usted algún tipo de deporte profesional o amateur? | | | | | |
| Si respondió con "Si" a una o varias de las preguntas anteriores, favor ofrecer la información adicional siguiente: | | | | | |
| Nº de pregunta | Nombre de la enfermedad (Diagnóstico preciso), tratamiento, medicamentos, médico tratante y cirugía efectuada. | Día | Mes | Año | Estado actual (Indicar si está curado, en tratamiento, si está de alta o con seguimiento médico) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Firma del Declarante: | | | | | No. Identificación: |

Nota: En caso de necesitar más espacio, favor anexar las hojas con el respectivo detalle y firmadas por el solicitante.



| 5. Designación de beneficiarios para la cobertura de muerte natural y accidental del Asegurado Principal. | | | | | | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|---|---------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|
| Beneficiario 1 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Beneficiario 2 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Beneficiario 3 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Nombre del Asegurado | | Número de Identificación | | | | Firma | | | |
| | | | | | | | | | |
| 6.-PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO | | Del ____/____/____ | | | | Hasta ____/____/____ | | | |



| 7. PLAN DE SEGURO, COBERTURAS, DEDUCIBLES Y COASEGUROS | | |
|---|---|---------------------|
| MONTO ASEGURADO ANUAL POR PERSONA: | <input type="checkbox"/> \$50.000.00 <input type="checkbox"/> \$100.000.00 <input type="checkbox"/> \$150.000.00 <input type="checkbox"/> \$200.000.00 <input type="checkbox"/> \$250.000.00 | |
| COBERTURA BÁSICA <input type="checkbox"/> COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS | Según lo estipulado en la solicitud de seguro suscrita por el Tomador de la Póliza, las Condiciones Generales y el Certificado de Seguro emitido en relación con lo contratado. | |
| COBERTURAS OPCIONALES: | | |
| <input type="checkbox"/> COBERTURA DE MUERTE POR CAUSA NATURAL O ACCIDENTAL Y ADELANTO DE 25% PARA GASTOS FUNERARIOS. | Monto asegurado hasta _____ salarios brutos mensuales vigentes a la contratación o renovación del seguro, hasta el límite máximo de 36 salarios brutos mensuales, sin que exceda la suma máxima de \$250.000.00. | |
| <input type="checkbox"/> COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO. | En caso de muerte accidental, se otorga la suma máxima asegurada por la cobertura de muerte, descrita anteriormente. | |
| <input type="checkbox"/> COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. | Otorga el 100% del beneficio establecido en la cobertura de muerte por causa natural o causa accidental, si el asegurado es declarado incapacitado total y permanentemente (más de 66.66% de la capacidad general). | |
| <input type="checkbox"/> COBERTURAS ESPECIALES: | Descripción de los riesgos especiales pactadas con el Tomador: Ambulancia Aérea <input type="checkbox"/> Ambulancia Terrestre <input type="checkbox"/> Chequeo anual preventivo <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Salpingectomía <input type="checkbox"/> Beneficio Óptico <input type="checkbox"/> Control de Niño Sano <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atención pediátrica del recién nacido <input type="checkbox"/> Extracción de Terceras Molares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Botas ortopédicas <input type="checkbox"/> Tratamiento de alergias <input type="checkbox"/> Otras: _____ _____ | |
| DEDUCIBLES: | Dentro América Latina: \$100.00, Resto del mundo: \$150.00 Deducible por maternidad: \$500.00 o lo pactado con el Tomador: \$ _____. Un deducible por año por asegurado. Máximo por grupo familiar tres (3) deducibles por año. | |
| COASEGUROS: | Gastos de hospital dentro de la red con pre-notificación: 10% a 20%. _____ % Gastos de hospital fuera de la red: 40%. Gastos ambulatorios dentro de la red con pre-notificación: 10% a 20%. _____ % Gastos ambulatorios fuera de la red: 20% a 40% | |
| LÍMITE DE COASEGURO (STOP LOSS) PARTICIPACIÓN MÁXIMA DE COASEGURO. | Dentro de la red: América Latina: \$2.000, Resto del mundo: \$5000.00. Fuera de la red: América Latina: \$2.500.00, Resto del mundo: \$5.000.00 a \$6.000.00. \$ _____. Si no pide pre-notificación, no hay límite de participación en coaseguros. | |
| 8.- OTROS TEMAS: | | |
| <p>DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE: Manifiesto de manera inequívoca que he leído todas las preguntas contenidas tanto en este formulario como en el de solicitud del seguro, los cuales forman parte integrante de esta póliza y que las respuestas a las mismas son ciertas, completas y verdaderas. Esta póliza se emite tomando en consideración que todas las respuestas dadas a todas las preguntas de la solicitud son <u>veraces y completas</u>. Cualquier omisión o información incorrecta puede causar que cualquier reclamación fuere rechazada, asimismo, entiendo 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. <u>No le compete al solicitante, la decisión de si un padecimiento, enfermedad o procedimiento, es o no relevante.</u></p> <p>Triple S Blue, Inc bajo el nombre comercial BlueCross BlueShield, 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.</p> <p>Triple S Blue, Inc bajo el nombre comercial BlueCross BlueShield Costa Rica, se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar esta solicitud de seguro, para lo cual informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para el análisis del riesgo. En caso de el riesgo sea de complejidad, la respuesta se dará en un plazo no mayor a dos (2) meses.</p> | | |
| 9.-Nombre y apellidos de su Médico de cabecera | | |
| Dirección consultorio → | | |
| Números telefónicos → | Del consultorio: | Correo electrónico: |



**BlueCross BlueShield
Costa Rica**

Triple – S Blue, Inc.

10. 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 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 contactanos@bcbscostarica.com, o al teléfono 4052-4660.

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.

11. ENTREGA DE INFORMACIÓN. MANIFIESTO que he tenido acceso y he recibido la información necesaria previa al perfeccionamiento del contrato del seguro.

Firma Asegurado Propuesto

Fecha: Día/ Mes/ Año

Nombre del intermediario

Código del intermediario

Firma del intermediario

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 los Registros números: P-20-64-A11-378 ,Seguro de Gastos Médicos Colectivo Regional/Internacional de fecha 23 de agosto del 2012, P20-64-A11-426 V2, Seguro Colectivo de Gastos médicos Internacional-Plan Grupo Joven de fecha 29/01/2015.



**BlueCross BlueShield
Costa Rica**

Triple – S Blue, Inc.

AUTORIZACION PARA CONSULTA DE EXPEDIENTES

PARA EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO Y TRAMITE DE RECLAMOS

Nombre del producto: _____

Yo _____ portador (a) de la identificación No. _____, en calidad de: Solicitante o Asegurado Principal: _____ Dependiente: _____ Beneficiario: _____, autorizo expresamente y en forma inequívoca a los funcionarios que **BlueCross BlueShield Costa Rica** designe, para consultar, recopilar y obtener una copia de toda la información contenida en los expedientes del solicitante o asegurado en cualquier centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social. Así como de otra institución, persona o entidad privada, gubernamental o pública, que tenga información del Asegurado (a) indicado. Dicha información se requiere para el proceso de aseguramiento y trámite del reclamo.

Si corresponde a una declaración de invalidez, autorizo la revisión y recolección de los datos de la sumaria de invalidez, ya sea de la Caja Costarricense del Seguro Social o de cualquier otra entidad que la haya otorgado.

Lo anterior cuando dicha información se requiera en el proceso de Selección de Riesgos (cuando corresponda) o para el trámite de cualquier reclamo interpuesto por mí o por parte de mis beneficiarios en caso de fallecimiento.

En caso de que el solicitante o el asegurado sea menor de edad, el suscrito autoriza la revisión de los expedientes a nombre de: _____, cuyo parentesco con mi persona es: _____

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 los Registros números: P16-35-A11-319 Seguro Humanus de Gastos Médicos Internacional de fecha 08 de marzo del 2010, P16-35-A11-320 Seguro Dominus de Gastos Médicos Internacional de fecha 12 de marzo del 2012, P16-35-A11-321, Seguro Regius de Gastos Médicos Internacional de fecha 18 de marzo del 2012, P16-35-A11-322, Seguro Sanitas de Gastos Médicos Internacional de fecha 08 de marzo de 2012, P20-64-A11-605, Dominus Plus Gastos Médicos Internacional de fecha 29 de enero de 2015, P-20-64-A11-378, Seguro de Gastos Médicos Colectivo Regional/Internacional de fecha 23 de agosto del 2012, P20-64-A11-426, (V2) Seguro Colectivo de Gastos médicos Internacional-Plan Grupo Joven de fecha 21 de octubre del 2014.

| Fecha: | Nombre: | Firma y Nº de identificación |
|--------|---------|------------------------------|
| | | |