



Compañía de Seguros, S.A.

Cédula Jurídica 3-101-593961  
**Apartado** 46-6155 Fórum 1, Santa Ana  
**Teléfono** (506) 2503-2727 • **Fax** (506) 2503-2797  
**www.assanet.cr**

## Solicitud de Propuesto Asegurado

### Seguro Colectivo de Vida

Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ninguna información.

**Modalidad:** Contributiva ☐ No Contributiva ☐  
Colones ☐ Dólares ☐

**Tomador:** \_\_\_\_\_ **Cédula Jurídica:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

Por la presente solicito a **ASSA Compañía de Seguros S.A.**, la inclusión en el Seguro Colectivo de Vida:

Queda entendido que el seguro no entrará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aprobada por la Compañía de conformidad con las políticas de suscripción del riesgo establecidas.

#### DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo del solicitante: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐  
Domicilio del propuesto Asegurado: Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Dirección Exacta: \_\_\_\_\_  
Ocupación Actual: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Habitación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: (oficina): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### DECLARACION DE SALUD DEL ASEGURADO ( formulario con declaración incompleta será devuelto al asegurado )

Estatura: \_\_\_\_\_ (cm) Peso (Kg): \_\_\_\_\_ ¿Ha consulta algún médico en los últimos cinco años? SI ☐ NO ☐  
Fechas: \_\_\_\_\_ Medico (s) consultado (s): \_\_\_\_\_  
Causa (s): \_\_\_\_\_ Examen: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_  
Sufrir alguna enfermedad o lesión según su conocimiento o entender ☐ SI ☐ NO. En caso de ser afirmativo favor indique cual:

Indique si ha sido sometido a tratamiento (Explicar): \_\_\_\_\_

Tiene usted otro seguro de vida: ☐ SI ☐ NO Compañía: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

#### COBERTURAS A CONTRATAR

Cobertura Básica: Vida	Cobertura Renta Diaria por Hospitalización (Accidente y Enfermedad)
Cobertura Muerte Accidental y Desmembramiento	Cobertura Renta por Incapacidad Total o Permanente
Cobertura Gastos Médicos por Accidente	Cobertura de Gastos Funerarios
Cobertura de Cáncer	Otras Coberturas

Salario Mensual: \_\_\_\_\_

#### BENEFICIARIOS

Nombre Completo del Beneficiario	Cédula	%	Parentesco	Beneficiario de contingencia (marque con una x)

**DECLARACION DEL SOLICITANTE RESPECTO A LA INFORMACION MÉDICA Y PERSONAL:**

Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi claro entendimiento y autorizo a los médicos y tecnólogos del Sector Salud que me han examinado en cualquier Hospital, Clínica y otros centros de salud tanto públicos como privados, a que suministren información completa (incluyendo copia de sus archivos sobre cualquier tipo de tratamiento) en relación con esta solicitud a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

\_\_\_\_\_  
Firma y N° de identificación de autorización del solicitante

**DECLARACIONES DEL PROPUESTO ASEGURADO**

**Declaro bajo juramento lo siguiente:**

1. El presente cuestionario fue debidamente contestado, responde en forma fiel y exacta a la verdad real de los hechos y a mi condición actual de salud.
2. En caso que mis respuestas y declaraciones en esta solicitud llegaren a afectar la apreciación del riesgo o si se comprobare falsedad en ellas, comprendo que los actos realizados para el otorgamiento de la cobertura podrían ser nulos en forma relativa o absoluta, según sea el caso.
3. He recibido de manera previa la información relativa al contrato de seguro, a la Entidad Aseguradora y demás información contenidas en el artículo 12 de la Ley 8956 y los artículos 24 y siguientes del Reglamento sobre Comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10) y, por lo tanto, doy mi consentimiento de ser incluido dentro del presente contrato de seguro.
4. Reconozco que la cobertura del seguro entrará a regir una vez que la presente manifestación de consentimiento haya sido aceptada por la Compañía de Seguros.

La información sobre las Condiciones Generales y la Entidad Aseguradora podrán ser obtenidas a través de la página web: <http://www.assanet.cr/servicios-al-cliente/formularios2>. En caso de cualquier inquietud contactarse al teléfono: **2503-2772**

**Este documento sólo 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.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha Efectiva de ingreso a la póliza

\_\_\_\_\_  
Intermediario de seguros

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(los) registro(s) número **P14-26-A05-200** y **P14-26-A05-201** de fecha **14 de Mayo de 2012**.