

Datos para ser completados por el Empleado:

Nombre del Asegurado: _____ 1er. apellido _____ 2do. apellido _____ 1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____

 Fecha de Nacimiento: _____ DÍA / MES / AÑO Nacionalidad: _____ Sexo: M F

 Tipo de Identificación: C.I. C.R. E.N.R. DIMEX DIDI No. _____

Dirección: _____

Apartado: _____ Tel. Residencia: _____ Tel. Oficina: _____

En caso de reclamo directo a cuenta: Moneda: Dólares Colones

Cta. de IBAN _____

Banco: _____ E-mail: _____

TIPOS DE IDENTIFICACIÓN

C.I. Cédula de Identidad C.R. Cédula Residencia E.N.R. Extranjero No Residente DIMEX Documento Único de Identificación para Extranjeros DIDI Documento de Identificación para Diplomáticos

APLICA PARA LA COBERTURA DE VIDA, IDENTIFIQUE LA CANTIDAD DEL PORCENTAJE HASTA UN MÁXIMO DE 100%

Beneficiario (*)	%	Parentesco	Tipo ID					No. Identificación	Edad
			C.I.	C.R.	E.N.R.	DIMEX	DIDI		

Beneficiario(s) Suplente(s)	%	Parentesco	Tipo ID					No. Identificación	Edad
			C.I.	C.R.	E.N.R.	DIMEX	DIDI		

*** Advertencia:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideraran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiarios al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en el contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

APLICA PARA LA COBERTURA MÉDICA DEL CONYUGE E HIJOS SOLTEROS MENORES ELEGIBLES BAJO LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Dependientes	(√)		FECHA DE NACIMIENTO			Tipo ID				Tipo de Identificación No.	
	Conyugal	Hijos	Día	Mes	Año	C.I.	C.R.	E.N.R.	DIMEX		DIDI

INDIQUE OTRAS PÓLIZAS QUE EL ASEGURADO Y/O DEPENDIENTES POSEA, COLECTIVAS, INDIVIDUALES O AUTO)

(Nombre) (Asegurado / Dependiente)	PÓLIZA (√)			Compañía de Seguros	No. de Póliza
	COL	IND.	AUTO		

Firma del propuesto Asegurado Principal _____

DATOS A SER COMPLETADOS POR EL PATRONO:

Póliza No.: _____ Certificado No.: _____

Compañía: _____ Salario: _____

N° Empleado: _____ Ocupación: _____

Plan/Clase: _____ Centro de Costo: _____

FECHA EN QUE EL COLABORADOR:

ENTRA EN SERVICIO DE LA COMPAÑÍA

ENTRÓ AL SERVICIO PERMANENTE

SE INCLUYE EN LA PÓLIZA

Día	Mes	Año

Día	Mes	Año

FECHA

FIRMA PATRONO

FIRMA EMPLEADO

PARA USO EXCLUSIVO DE PAN - AMERICAN LIFE	FECHA EFECTIVA	Día	Mes	Año	OBSERVACIONES

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que:

1- Hago constar que toda la información suministrada por mí, es esta declaración y cualquier información suministrada subsecuentemente, son manifestaciones, verdaderas, completas y correctas. Esta información será tomada como base para determinar la asegurabilidad bajo un plan de cobertura. Cualquier declaración o manifestación hecha, ya sea falsa, inexacta o incompleta, podrá más tarde, causar la anulación de la cobertura. La reticencia o falsedad intencional por parte del tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda.

Firma del propuesto Asegurado Principal

Nombre y Firma del Dependiente

Nombre y Firma del Dependiente

Nombre y Firma del Dependiente

2- Autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. a compartir toda mi información médica con mi intermediario de seguros.

3- La Compañía tiene derecho de requerir información adicional de médicos, hospitales, proveedores de cuidados de salud, con el exclusivo propósito de poder determinar la asegurabilidad bajo el plan por el cual estoy declarando, revisar preexistencias, así como elegibilidad de reclamos por ser presentados. Yo autorizo para este propósito a los representantes de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. para que puedan solicitar a los médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, farmacias, laboratorios clínicos y de imagenología, así como autoridades judiciales en todo el territorio nacional, toda información contenida en expedientes médicos, dictámenes médicos, reportes forenses, antecedentes y/o recetas médicas dirigidas a mi persona. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.

4- Todos los términos y condiciones de las coberturas por las cuales estoy declarando, están especificadas en la Póliza de la Compañía. Esta declaración y cualquier otra información adicional que haya sido proporcionada por mí mientras se procesa la declaración, deberá formar parte del contrato con la Compañía. Asimismo, por este medio hago constar que recibí la siguiente información previo a suscribir este formulario: a) Información sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos; b) Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza; c) Período de vigencia del seguro; d) Procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro; e) Causas de extinción del contrato; Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento; g) Derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presenten, personalmente o por medio de su representante legal, ante una entidad aseguradora o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y, en general, los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones dentro de un plazo máximo de treinta días naturales; h) Las empresas que forman la red de proveedores de servicios auxiliares para las prestaciones por contratar. La información que en virtud de la suscripción del contrato de seguros obtenga la Compañía queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda. Entiendo y acepto que 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 o rechazada por éste dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contando 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. El Propuesto Asegurado hago constar que he revisado cuidadosamente esta declaración, que me obligo a todo lo acordado en ella y que la información suministrada es veraz.

Firma y Número de Identificación del Asegurado Principal

Fecha

Nombre y Firma del Dependiente

Nombre y Firma del Dependiente

Nombre y Firma del Dependiente

Hago constar que he recibido la información y la explicación clara sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones, los cargos, las coberturas, las exclusiones de la Póliza, el periodo de vigencia del Seguro, el procedimiento para pago de la prima y los reclamos en caso de siniestro, así como las causas de extinción del contrato. Igualmente hago constar que recibí la explicación clara sobre el derecho desistimiento del contrato, las penalidades, el plazo y el procedimiento, el derecho a recibir respuesta oportuna a todo Reclamo, Petición o Solicitud que presente ante la compañía, sus Agentes o Representantes dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

Firma del Asegurado Principal