

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se hará a los siguiente beneficiarios:

NOMBRE COMPLETO:		N° DE IDENTIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN:		CORREO ELECTRÓNICO:	
N° DE TELÉFONO:	PARENTESCO:	PORCENTAJE	
NOMBRE COMPLETO:		N° DE IDENTIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN:		CORREO ELECTRÓNICO:	
N° DE TELÉFONO:	PARENTESCO:	PORCENTAJE	
NOMBRE COMPLETO:		N° DE IDENTIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN:		CORREO ELECTRÓNICO:	
N° DE TELÉFONO:	PARENTESCO:	PORCENTAJE	

“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 consideran 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 beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

VIGENCIA A SOLICITAR

Inclusión a partir del: ____/____/____, conforme al plazo de la póliza colectiva

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

OPCION SELECCIONADA	COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	PRIMA
<input type="checkbox"/>	Cobertura A – Muerte por Cualquier Causa		
<input type="checkbox"/>	Cobertura B – Muerte Accidental y Desmembramiento		
<input type="checkbox"/>	Cobertura C – Incapacidad Total y Permanente		
<input type="checkbox"/>	Cobertura D - Gastos Funerarios		
<input type="checkbox"/>	Cobertura E – Servicio de Coordinación de Ambulancia		
<input type="checkbox"/>	Cobertura F – Asistencia Médica Telefónica 24 Hrs		
<input type="checkbox"/>	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (ASISTENCIAS)		

PROCESO DE ANALISIS: La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos de **MAPFRE | COSTA RICA S.A.**, deberá ser aceptada o rechazada por **MAPFRE | COSTA RICA S.A.**, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si **MAPFRE | COSTA RICA S.A.**, 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 S.A.**, 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 S.A.**, conforme a los plazos indicados, para lo cual **MAPFRE | COSTA RICA S.A.** 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 de **MAPFRE | COSTA RICA S.A.** a los números indicados en este formulario

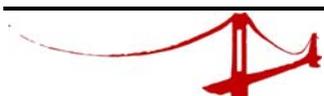
OTROS TEMAS: Mediante la firma de este documento, declaro que toda la información anterior ha sido escrita o dictada por mí de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que **MAPFRE|COSTA RICA S.A** emita la cobertura de seguro solicitada. Asimismo, libero a, **MAPFRE|COSTA RICA S.A** de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mí, que de haber sido debidamente conocidos por **MAPFRE|COSTA RICA S.A**, hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiere suscrito en condiciones distintas.

A pedido de **MAPFRE|COSTA RICA S.A** y por espacio de tres meses a partir de esta fecha, autorizo a los médicos que me han examinado, a los hospitales, clínicas, laboratorios y a cualquier centro de salud en costa rica, que le suministren información completa sobre los registros médicos relacionados con mi persona, incluida la entrega de copia de los mismos. Dicha información únicamente podrá ser solicitada y proporcionada a funcionarios debidamente acreditados por **MAPFRE|COSTA RICA S.A** para dicho propósito.

La autorización a que se refiere el párrafo anterior es extensiva en caso de reclamo de derechos por causa de muerte de este solicitante, por un plazo adicional de tres meses a partir de la fecha del aviso de siniestro, y únicamente podrá hacerse efectiva si el periodo de carencia de la póliza ya ha sido superado.

Queda debidamente entendido y aceptado por parte de **MAPFRE|COSTA RICA S.A**, que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, está circunscrito estrictamente al proceso de análisis para el trámite posterior de reclamaciones de derechos. Por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgos o analistas de reclamos de **MAPFRE|COSTA RICA S.A**

En razón de su naturaleza, **MAPFRE|COSTA RICA S.A** deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.



Si la cobertura de seguro no fuere otorgada, dentro de los 10 días naturales siguientes a la declaratoria de la negativa, **MAPFRE|COSTA RICA S.A** se obliga a devolverme toda la información obtenida. La devolución se realizará mediante correo certificado dirigido al domicilio que conste en la solicitud de seguro.

Lo dispuesto en la presente cláusula se regirá por las disposiciones aplicables de la ley reguladora del contrato de seguros, la ley reguladora del mercado de seguros y la ley de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE: _____ **IDENTIFICACIÓN N°:** _____.

INFORMACIÓN PREVIA: Acepto haber recibido la información previa relativa a los términos y condiciones de esta póliza, así como el presente este documento, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso de formar parte de la presente póliza colectiva. También he sido enterado de que la eficacia de la cobertura está sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

Los términos y condiciones de las pólizas pueden ser consultados en **MAPFRE|COSTA RICA S.A.**, por medio del teléfono **8000-MAPFRE(8000-627373)** y la página web www.mapfre.cr o en www.sugese.fi.cr. A partir del momento de aceptación de esta solicitud, como asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a **MAPFRE|COSTA RICA S.A.**, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____.

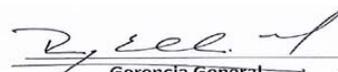
MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN: Las comunicaciones que se dirijan a **MAPFRE|COSTA RICA** deberán realizarse por escrito y recibidas en sus oficinas principales en San José, San Pedro de Montes de Oca, cincuenta metros al oeste del Supermercado Muñoz y Nanne, Torre Condal San Pedro, 1er piso, o bien al correo electrónico servicioalcliente@mapfre.cr, o al fax número 2253-8121, o a través del Intermediario de Seguros. Cualquier notificación que **MAPFRE|COSTA RICA** deba hacer al Asegurado, se hará por cualquier medio escrito o electrónico, tales como fax, correo electrónico, entrega personal o correo certificado, estos últimos dirigidos a la dirección física consignada en la póliza. Cualquier cambio de dirección física, de fax o de correo electrónico del Asegurado le deberá ser notificado por escrito a **MAPFRE|COSTA RICA**, ya que de lo contrario, toda notificación realizada en cualquiera de las direcciones consignadas en la Solicitud de inclusión y/o Certificado del Seguro se tendrá como válida.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL: Los términos y condiciones de las pólizas pueden ser consultados en **MAPFRE|COSTA RICA** por medio del teléfono 8000-627373 y la página web www.mapfre.cr. Como asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a **MAPFRE|COSTA RICA**, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones.

TEMAS ADICIONALES:

FIRMA DEL SOLICITANTE:

FIRMA AUTORIZADA:


Gerencia General
MAPFRE | COSTA RICA

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 P14-26-A03-310 de fecha 23 de enero de 2012.

