

NO. DE PÓLIZA: _____

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: Día: ____ / Mes: ____ / Año: _____

I. Información del Tomador

Nombre o Razón Social:

Cédula Jurídica:

Actividad económica:

Provincia	Cantón	Distrito	Dirección exacta: (Otras señas calles, avenidas, otros)

Teléfonos: Oficina:

Fax:

Correo Electrónico:

Otro:

Indique el medio en que desea ser notificado: Correo electrónico Teléfono Dirección Física Fax: _____

II. Datos del Objeto o Interés que se solicita asegurar

Las coberturas de este seguro son las siguientes:

COBERTURAS BÁSICAS: COBERTURA BÁSICA DE GASTOS MEDICOS QUE PODRÁ INCLUIR, UNA DE LAS DOS SIGUIENTES ALTERNATIVAS DE GASTOS AMBULATORIOS: COBERTURA BÁSICA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE O COBERTURA LIMITADA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE) ADEMÁS INCLUYE: COBERTURA BÁSICA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA Y LAS COBERTURAS DE: MUERTE POR CAUSA NATURAL O ACCIDENTAL, GASTOS FUNERARIOS Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.

COBERTURAS OPCIONALES: A. BENEFICIO DE MATERNIDAD, B. CUIDADO CRÍTICO NEONATAL, C. TRASPLANTE DE ÓRGANOS, D. BENEFICIOS PREVENTIVOS, E. AMBULANCIA TERRESTRE Y AMBULANCIA ÁEREA, F. CIRUGÍA DE ESTERILIZACIÓN, G. ASISTENCIA AL VIAJERO POR ENFERMEDAD AGUDA O ACCIDENTE, H. TRATAMIENTO POR PSIQUIATRÍA Y/O PSICOLOGÍA, I. TRATAMIENTOS POR ALCOHOL Y/O DROGAS, J. OTROS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS, K. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, L. COBERTURA DE ENFERMEDADES CRÍTICAS Y/O CATASTRÓFICAS.

III. Datos del Grupo a Asegurar

Si desea continuidad: Sí No

Nombre del seguro y la compañía de la cual proviene:

Número de miembros del grupo:

Número de dependientes:

Para más detalle sobre los asegurados propuestos, referirse al censo suministrado o a la solicitud de cada asegurado individual.

PLAZO DE VIGENCIA:

Desde:

Hasta:

IV. Elección de monto asegurado, cobertura, beneficios, deducibles, copagos y opciones de límites
Ámbito de Cobertura: Internacional , Regional Desde \$2.000 hasta \$500.000

Cobertura básica de Gastos Médicos

El tomador del seguro deberá escoger una opción de la cobertura de gastos médicos ambulatorios ya sea en su modalidad básica o limitada, ya que estas no se otorgan en forma independiente de la cobertura básica de hospitalización.

	Coaseguro	Deducible
COBERTURA BÁSICA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE (Se cubre de acuerdo a lo que establece el Contrato, después de cubrir el deducible y coaseguro escogido por el Tomador del Seguro.	Desde 0% hasta 50%	Desde \$50 hasta \$1.000
COBERTURA LIMITADA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE (Se cubre de acuerdo a lo que establece el Contrato, después de cubrir el copago escogido por el Tomador del Seguro.	Copago (US\$)	No. Límite de Servicios Anual

Consulta médico general	Desde 0% hasta 50%	Opciones: 2; 4; 6; Sin Límite	
Consulta médica especialista	Desde 0% hasta 50%	Opciones: 2; 4; 6; Sin Límite	
Exámenes de laboratorio	Desde 0% hasta 50%	N/A	
Imágenes Radiográficas (Rayos X)	Desde 0% hasta 50%	N/A	
Ultrasonidos	Desde 0% hasta 50%	N/A	
Medicamentos con receta medica	Desde 0% hasta 50%	N/A	
Opciones de Coaseguros y Deducibles			
Coaseguro		Deducible	
COBERTURA BÁSICA DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA (Se cubre de acuerdo a lo que establece el Contrato, después de cubrir el deducible y coaseguro escogido por el Tomador del Seguro).	Desde 0% hasta 50%	Desde \$50 hasta \$1000	
Gastos por cirugía			
Honorarios:	Sublímites de Beneficios		
Cirujano (aplica los URA)	De acuerdo a lo que se establece el Contrato		
Asistente de Cirujano	Desde un 20% hasta un 35% de los Honorarios del Cirujano		
Anestesiata	Desde un 30% hasta un 35% de los Honorarios del Cirujano		
Sublímites de costo de habitación y alimentación			
Sub-límites según Monto Beneficio seleccionado		No. de días (en cada año póliza)	
Máximo diario por cuarto y alimentos	Desde 0 hasta \$2.000	Desde 1 hasta 90 días	
Máximo diario por habitación y servicios de Cuidados Intensivos.	Desde 0 hasta \$4.000	Desde 1 hasta 10 días	
Cobertura de muerte por causa natural o accidental	Desde \$5.000 hasta \$500.000		
Gastos funerarios	Desde \$1.000 hasta \$5.000		
Cobertura de muerte accidental o desmembramiento	Desde \$5.000 hasta \$500.000		
Coberturas opcionales			
Opciones de Sublímites Coaseguros Deducibles y Copago			
Sublímites de Beneficios		Coaseguro	Deducible
A. Maternidad: Por este beneficio se pueden cubrir los siguientes gastos:			
Cuidados Pre y Post Natales	Desde 0 hasta \$1,000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
Aborto legal	Desde \$500 hasta \$10,000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
Parto Normal o Cesárea	Desde \$500 hasta \$10,000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500

• Complicaciones del embarazo	Desde \$500 hasta \$10,000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
• Cuidado del recién nacido	Limitado a dos visitas rutinarias de valoración durante la hospitalización		
B. Cuidado Crítico Neonatal	Desde \$500 hasta \$25.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
C. Trasplante de Órganos (Monto Vitalicio)	Desde 50% de suma asegurada hasta el 100% de la suma asegurada	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$1000
D. Beneficios Preventivos:	Sublímites de Beneficios	Coaseguro	Copago
• Chequeo Anual Preventivo	Desde \$100 hasta \$300	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
• Chequeo Oftalmológico	Desde \$75 hasta \$300	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
• Chequeo Odontológico	Desde \$75 hasta \$300	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
• Vacunas para adulto	Desde \$75 hasta \$300	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
• Control Infantil	Según lo que establece el Contrato		
• Control Ginecológico	Desde \$75 hasta \$150	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
• Control Urológico	Desde \$75 hasta \$150	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
	Sublímites de Beneficios	Coaseguro	Deducible
E. Ambulancia Terrestre y Ambulancia Aérea:			
• Ambulancia Terrestre	Desde \$100 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Ambulancia Aérea (Monto Vitalicio)	Desde \$1.000 hasta \$25.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$1.500
F. Cirugía de Esterilización:			
• Vasectomía	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Salpingectomía	Desde \$0 hasta \$1.500	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
G. Asistencia al Viajero:	Aplica un deducible de \$75 dólares por evento		
Asistencia Médica de Emergencia	\$10.000		
Medicamentos Prescritos	\$750		
Emergencia Dental	\$500		
Repatriación Enfermos o heridos por Emergencia	\$2.500		
Repatriación Restos Mortales	\$5.000		
H. Tratamiento por Psicología y/o Psiquiatría	Desde \$0 hasta \$2.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
I. Tratamiento por Alcohol y/o Drogas	Desde \$0 hasta \$2.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
J. Otros Beneficios de Gastos Médicos: Bajo esta cobertura se podrán cubrir lo siguiente:			
	Sublímites de Beneficios	Coaseguro	Deducible
• Extracción de Terceras Molares, Impactadas o Semi-Impactadas	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Prótesis Externas o Aparatos de Apoyo	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250

• Calzado ortopédico y/o plantillas	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Servicios de Fisioterapia	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Deportes (Siempre que sean de forma amateur no remunerado)	Cubierto por contrato (después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)		
• Cuidados de Salud en el Hogar	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Nutrición	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Cama de acompañante de menor hospitalizado	Desde \$0 hasta \$1.000	N/A	N/A
• Acupuntura	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde 0 hasta \$250
• Tratamiento de Alergias	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Anestesia epidural	Desde \$0 hasta \$500	N/A	N/A
• Prótesis Quirúrgicas Internas	Cubierto por contrato si son medicamento necesario (después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)		
• Epidemias y Pandemias	Cubierto por contrato si son medicamento necesario (después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)		
• Cáncer y Enfermedades Graves	Cubierto por contrato si son medicamento necesario (después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)		
Otros Riesgos: Bajo esta cobertura se podrían amparar otros riesgos o condiciones excluidas a solicitud del Tomador previa valoración por parte de la Compañía, tales como:			
	Sublímites de Beneficios	Coaseguro	Deducible
• HIV/SIDA (monto vitalicio)	Desde \$10.000 hasta \$100.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Preexistencias declaradas	Previo análisis la compañía determina si asume el riesgo y en cuáles términos. Puede brindarse cobertura en forma parcial o total según la información que sea suministrada por el tomador de la póliza.		
K. Cobertura de Incapacidad Total y Permanente	Desde \$5.000 hasta \$500.000		
L. Cobertura de Enfermedades Críticas y/o Catastróficas	Adelanto del 50% de la suma asegurada		
(*)URA: El reconocimiento de los gastos está limitado a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados.			
CONDICIONES GENERALES SUSCEPTIBLES DE NEGOCIACION			
Para efectos de esta solicitud se indica que las siguientes condiciones son susceptibles de negociación, de tal manera que el Tomador puede elegir y ajustar su requerimiento dentro de las siguientes alternativas y rangos predeterminados. En la propuesta se indican: Suma Asegurada, Modalidad de Contratación, Ámbito de cobertura, Tamaño del grupo, Deducible máximo Anual, Coaseguros, Copagos, Coberturas, Exclusiones, Descuentos, Forma de pago, Periodos de espera, Requisitos de Aseguramiento y Trámite de Reclamos, Edades de Contratación, Límites de beneficios, Periodo de Gracia.			
OPCIONES DE LÍMITES, COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES SUSCEPTIBLES DE NEGOCIACION			
Ámbito de Cobertura: Internacional, Regional			
MONTO ASEGURADO Desde \$2.000 hasta \$500.000			

COBERTURA BASICA DE GASTOS MEDICOS		
El Tomador del Seguro deberá escoger una opción de la Cobertura de Gastos Médicos Ambulatorios ya sea en su modalidad Básica o Limitada ya que estas no se otorgan en forma independiente de la Cobertura Básica de Hospitalización		
	Coaseguro	Deducible
COBERTURA BÁSICA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE (Se cubre de acuerdo a lo que establece el Contrato, después de cubrir el deducible y coaseguro escogido por el Tomador del Seguro.	Desde 0% hasta 50%	Desde \$50 hasta \$1.000
	Copago (US\$)	No. Límite de Servicios Anual
COBERTURA LIMITADA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE (Se cubre de acuerdo a lo que establece el Contrato, después de cubrir el copago escogido por el Tomador del Seguro.		
Consulta médico general	Desde 0% hasta 50%	Opciones: 2; 4; 6; Sin Límite
Consulta médica especialista	Desde 0% hasta 50%	Opciones: 2; 4; 6; Sin Límite
Exámenes de laboratorio	Desde 0% hasta 50%	N/A
Imágenes Radiográficas (Rayos X)	Desde 0% hasta 50%	N/A
Ultrasonidos	Desde 0% hasta 50%	N/A
Medicamentos con receta médica	Desde 0% hasta 50%	N/A
Opciones de Coaseguros y Deducibles		
	Coaseguro	Deducible
COBERTURA BÁSICA DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA (Se cubre de acuerdo a lo que establece el Contrato, después de cubrir el deducible y coaseguro escogido por el Tomador del Seguro).	Desde 0% hasta 50%	Desde \$50 hasta \$1000
Gastos por cirugía		
Honorarios:	Sublímites de Beneficios	
Cirujano (aplica los URA)	De acuerdo a lo que se establece el Contrato	
Asistente de Cirujano	Desde un 20% hasta un 35% de los Honorarios del Cirujano	
Anestesista	Desde un 30% hasta un 35% de los Honorarios del Cirujano	
Sublímites de Costo de Habitación y Alimentación		
Tipo de Servicio	Sub-límites según Monto Beneficio seleccionado	No. de días (en cada año póliza)
Máximo diario por cuarto y alimentos	Desde 0 hasta \$2.000	Desde 1 hasta 90 días
Máximo diario por habitación y servicios de Cuidados Intensivos	Desde 0 hasta \$4.000	Desde 1 hasta 10 días
Cobertura de muerte por causa natural o accidental	Desde \$5.000 hasta \$500.000	
Gastos funerarios	Desde \$1.000 hasta \$5.000	
Cobertura de muerte accidental o desmembramiento	Desde \$5.000 hasta \$500.000	
COBERTURAS OPCIONALES		

OPCIONES DE SUBLÍMITES COASEGUROS DEDUCIBLES Y COPAGO			
	SUBLÍMITES DE BENEFICIOS	COASEGURO	DEDUCIBLE
A. Maternidad: Por este beneficio se pueden cubrir los siguientes gastos:			
• Cuidados Pre y Post Natales	Desde 0 hasta \$1,000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
• Aborto legal	Desde \$500 hasta \$10,000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
• Parto Normal o Cesárea	Desde \$500 hasta \$10,000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
• Complicaciones del embarazo	Desde \$500 hasta \$10,000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
• Cuidado del recién nacido	Limitado a dos visitas rutinarias de valoración durante la hospitalización		
B. Cuidado Crítico Neonatal	Desde \$500 hasta \$25.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
C. Trasplante de Órganos (Monto Vitalicio)	Desde 50% de suma asegurada hasta el 100% de la suma asegurada	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$1000
D. Beneficios Preventivos:	Sublímites de Beneficios	Coaseguro	Copago
• Chequeo Anual Preventivo	Desde \$100 hasta \$300	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
• Chequeo Oftalmológico	Desde \$75 hasta \$300	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
• Chequeo Odontológico	Desde \$75 hasta \$300	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
• Vacunas para adulto	Desde \$75 hasta \$300	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$500
• Control Infantil	Según lo que establece el Contrato		
• Control Ginecológico	Desde \$75 hasta \$150	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
• Control Urológico	Desde \$75 hasta \$150	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$25
	Sublímites de Beneficios	Coaseguro	Deducible
E. Ambulancia Terrestre y Ambulancia Aérea:			
• Ambulancia Terrestre	Desde \$100 a \$1.000	Desde 0% hasta \$50%	Desde \$0 hasta \$250
• Ambulancia Aérea (Monto Vitalicio)	Desde \$1.000 a \$25.000	Desde 0% hasta \$50%	Desde \$0 hasta \$1.500
F. Cirugía de Esterilización:			
• Vasectomía	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta \$50%	Desde \$0 hasta \$250

• Salpingectomía	Desde \$0 hasta \$1.500	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
G. Asistencia al Viajero:	Aplica un deducible de \$75 dólares por evento		
• Asistencia Médica de Emergencia	\$10.000		
• Medicamentos Prescritos	\$750		
• Emergencia Dental	\$500		
• Repatriación Enfermos o heridos por Emergencia	\$2.500		
• Repatriación Restos Mortales	\$5.000		
H. Tratamiento por Psicología y/o Psiquiatría	Desde \$0 hasta \$2.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
I. Tratamiento por Alcohol y/o Drogas	Desde \$0 hasta \$2.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
J. Otros Beneficios de Gastos Médicos: Bajo esta cobertura se podrán cubrir lo siguiente:			
	Sublímites de Beneficios	Coaseguro	Deducible
• Extracción de Terceras Molares, Impactadas o Semi-Impactadas	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Prótesis Externas o Aparatos de Apoyo	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Calzado ortopédico y/o plantillas	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Servicios de Fisioterapia	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Deportes (Siempre que sean de forma amateur no remunerado)	Cubierto por contrato (después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)		
• Cuidados de Salud en el Hogar	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Nutrición	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Cama de acompañante de menor hospitalizado	Desde \$0 hasta \$1.000	N/A	N/A
• Acupuntura	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde 0 hasta \$250
• Tratamiento de Alergias	Desde \$0 hasta \$1.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250 -
• Anestesia epidural	Desde \$0 hasta \$500	N/A	N/A
• Prótesis Quirúrgicas Internas	Cubierto por contrato si son medicamento necesario (después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)		
• Epidemias y Pandemias	Cubierto por contrato si son medicamento necesario (después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)		
• Cáncer y Enfermedades Graves	Cubierto por contrato si son medicamento necesario (después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)		
Otros Riesgos: Bajo esta cobertura se podrían amparar otros riesgos o condiciones excluidas a solicitud del Tomador previa valoración por parte de la Compañía tales como:			
	Sublímites de Beneficios	Coaseguro	Deducible
• HIV/SIDA (monto vitalicio)	Desde \$10.000 hasta \$100.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250

• Tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual	Desde \$0 hasta \$3.000	Desde 0% hasta 50%	Desde \$0 hasta \$250
• Preexistencias declaradas	Previo análisis la compañía determina si asume el riesgo y en cuáles términos. Puede brindarse cobertura en forma parcial o total según la información que sea suministrada por el tomador de la póliza.		
K. Cobertura de Incapacidad Total y Permanente	Desde \$5.000 hasta \$500.000		
L. Cobertura de Enfermedades Críticas y/o Catastróficas	Adelanto del 50% de la suma asegurada		

(*)URA: El reconocimiento de los gastos está limitado a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados.

OTROS TEMAS:

PROCESO DE ANALISIS Y ACEPTACION O RECHAZO DE LA SOLICITUD:

Las cotizaciones tienen una vigencia de sesenta (60) días a partir naturales a partir de la fecha de envío de la oferta. Si se toma el plan ofertado, se estipula en este espacio, la vigencia anual de la póliza, a partir de la fecha de la emisión.

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este 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. Toda comunicación se realizará al Tomador del Seguro o Solicitante al medio que informó a la Compañía para notificaciones.

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 comunicarán lo que corresponda al medio señalado por el asegurado propuesto en la Solicitud de Seguro.

DOCUMENTACION CONTRACTUAL ENTREGADA

Hago constar que recibí la propuesta formal de seguro por Triple S, Blue, Inc. conocida bajo el nombre comercial de BlueCross BlueShield Costa Rica junto con las Condiciones Generales y Particulares de este seguro, las cuales he leído y aceptado en todos sus términos y condiciones, conforme a mi figura de Tomador del seguro. Además, me fueron entregadas todas las condiciones y fueron explicadas detalladamente: las coberturas contratadas, beneficios, obligaciones, exclusiones, vigencia del seguro, causas de terminación del contrato, cargos del producto, así como el procedimiento para el pago de reclamaciones y demás condiciones que acompañan este contrato. Manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir el seguro será emitido de conformidad con todo lo estipulado, por tanto, solicito a la Compañía en mi calidad de Tomador, la emisión de un seguro de salud colectivo de acuerdo con lo indicado en la Propuesta de Seguro, para los miembros del grupo y dependientes (en caso de que aplique).

Nombre y cédula del Intermediario

Nombre y cédula del Tomador

Firma del Intermediario de Seguros

Firma del Tomador

Lugar y fecha de Firma

Lugar y fecha de Firma

SOLICITUD DE INGRESO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS OPTIMUS- CONTRATO TIPO

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

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

Número de Póliza:	Número de Certificado	Ingreso del Asegurado	Ingreso de Dependiente
-------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------

Tomador:	Identificación:
----------	-----------------

Datos del asegurado principal

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
--------	-----------------	------------------

Nº de identificación	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo)		
-----------------------------	--	--	--

<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:	
-----------------------------------	------------------------------------	------	------	------	--

Domicilio permanente	Teléfonos	Correo electrónico
-----------------------------	------------------	---------------------------

País _____, Provincia _____	Domicilio:	
Cantón _____, Distrito _____	Celular:	
Otra señas: _____	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
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

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 el cuadro de Beneficios y en las Condiciones Particulares.

Cónyuge o Conviviente

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
--------	-----------------	------------------

Nº de identificación	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo)		
-----------------------------	--	--	--

<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)		
-----------------------------	--	--	--

<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)		
-----------------------------	--	--	--

<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)		
-----------------------------	--	--	--

<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:	
-----------------------------------	------------------------------------	------	------	------	--

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.

Vigencia:	Desde:	Hasta:
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.		
DECLARACIONES DE SALUD DEL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS		
Número de Póliza:	Ingreso de Asegurado <input type="checkbox"/>	Ingreso de Dependiente <input type="checkbox"/>
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Peso: kgs ____ lbs. ____ pies ____ pulgs. ____	Estatura: mts ____ 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
Cuestionario de salud: En todo este cuestionario, por favor indicar Sí o No		Sí
		No
1. ¿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?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
2. ¿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.		
3. ¿Problemas de los ojos, incluyendo cataratas, desprendimiento de retina, sordera u otros padecimientos de los oídos?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
4. ¿Problemas nerviosos, depresión, ansiedad, epilepsia, convulsiones, desórdenes mentales, trastorno bipolar, vértigo, parálisis, dolores de cabeza persistentes o migraña?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
5. ¿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?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
6. ¿Enfermedades de los pulmones, garganta, amígdalas o adenoides, tuberculosis, enfisema, asma, bronquitis, tos crónica, pólipos de laringe o de las cuerdas vocales?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
7. ¿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?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
8. ¿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?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
9. ¿Cáncer, cualquier clase de tumor (benigno o maligno), problemas de la sangre (leucemia, anemia, púrpura etc.)?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
10. ¿Problemas de la piel, tales como acné, alergias, dermatitis, enfermedad de Chagas, quiste, lunares o tumores?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
11. ¿Sinusitis, desviaciones del tabique nasal, crecimiento de cornetes, rinitis, sinusitis, o cualquier otro trastorno de la nariz?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
12. ¿Problemas endocrinos, padecimientos de la glándula tiroides, intolerancia a la glucosa, diabetes, azúcar en la orina, sobrepeso, elevación del colesterol y/o triglicéridos?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
13. ¿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?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
14. ¿Problemas en el pene, testículos o en la próstata, recto o ano?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
15. ¿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?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna enfermedad, padecimiento, condición, problema de salud, desorden fisiológico o accidente no mencionado anteriormente?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
El solicitante del seguro indicado en este cuestionario:		Sí
		No
17. ¿Se ha practicado algún examen de salud y/o examen médico de rutina?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha habido resultados anormales en los exámenes nombrados en el inciso anterior?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
19. ¿Se ha realizado o le han recomendado efectuarse biopsias, radiografías, electrocardiograma, electroencefalograma, pruebas de sangre, orina o cualquier otro tipo de investigación médica?		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

20. ¿Ha estado alguna vez ingresado en un hospital, clínica o sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Está o ha estado bajo tratamiento o tomando medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Se le ha recomendado efectuarse alguna cirugía que aún no se ha realizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo, tabaquismo, por adicción a las drogas o abuso de alguna sustancia nociva para la salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Ha fumado cigarrillos, cigarros o tabacos? Indique abajo cantidad diaria y el tiempo que tiene de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Tiene en su familia inmediata (padre/madre) historia de diabetes, hipertensión arterial, problemas del corazón o enfermedades de la circulación sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.		
28. ¿Practica usted algún tipo de deporte profesional o amateur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Favor responder las siguientes preguntas asociadas al COVID-19, que se adicionaron a este cuestionario

29. ¿Ha salido del país en los últimos 15 días o ha estado en contacto cercano con alguien que lo haya hecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿En los últimos 15 días ha tenido fiebre, tos frecuente y persistente, dificultad para respirar, dolor de garganta, infecciones respiratorias, pérdida de olfato o cambios de percepción del gusto, diarrea o vómitos o ha estado en contacto con alguien con estos síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Ha tenido contacto cercano con alguien que ha sido diagnosticado o ha sido considerado como caso probable o ha sido puesto en cuarentena por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Ha tenido un resultado positivo en la prueba por COVID-19, está en esperada del resultado de esta prueba o algún médico le ha recomendado reposo o la realización de evaluación por virus respiratorios o prueba de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Ha sido puesto en cuarentena por haber estado expuesto al virus COVID -19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió con "Sí" 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. de Identificación:
------------------------------	-------------------------------

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

Indique los centros médicos y privados en los cuales ha sido atendido, así como el nombre de sus médicos tratantes: tratantes

Nombre del Médico	Nombre de la Clínica u Hospital

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 veraces y completas. 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. No le compete al solicitante, la decisión de si un padecimiento, enfermedad o procedimiento, es o no relevante.

1. Designación de beneficiarios para la cobertura de muerte natural y accidental del Asegurado Principal.						
Beneficiario 1	Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:			
Nº de identificación - Tipo de documento de identidad (por favor marcar el tipo)						
<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)						
<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						
Firma _____ No. de cédula: _____ Fecha: _____						
Beneficiario 3	Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:			
Nº de identificación - Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo)						
<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 4	Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:			
Nº de identificación - Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo)						
<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						

Firma _____ No. de cédula: _____ Fecha: _____		
Nombre del Asegurado	Número de Identificación	Firma
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO	Desde: ____ / ____ / _____	Hasta: ____ / ____ / _____
Plan de Seguro, Coberturas, Sumas Aseguradas, Coaseguros, Deducibles y Copagos elegidos por el Tomador del Seguro. Se indican en el Certificado de Seguro que se entrega a cada Asegurado Titular.		
ASSA Compañía de Seguros, S.A., por mandato de la 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.		
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, postergada 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 clientescr@assanet.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.		
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, serán registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercadeo de Seguros 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1012 y P20-76-A05-1013 de fecha 19 de Abril de 2022.