



Compañía de Seguros, S.A.

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS PÓLIZA INDIVIDUAL

NO. DE PÓLIZA: _____

1. Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del seguro o plan solicitado	Monto asegurado anual por persona	Escogencia
Dominus Blue de Gastos Médicos Internacional	US \$1.000.000	<input type="checkbox"/>
Dominus Blue Plus de Gastos Médicos Internacional	US \$2.000.000	<input type="checkbox"/>
Seguro Regius Blue de Gastos Médicos Internacional	US \$1.000.000	<input type="checkbox"/>
Seguro Sanitas Blue de Gastos Médicos Internacional	US \$300.000	<input type="checkbox"/>
Seguro Humanus Blue de Gastos Médicos Internacional	US \$100.000	<input type="checkbox"/>
Seguro Novus Blue de Gastos Médicos	US \$50.000	<input type="checkbox"/>

2. Detalle de personas a asegurar:

ASEGURADO PRINCIPAL : Aseguramiento por cuenta propia Aseguramiento por cuenta de un tercero

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	Reporto para recibir comunicaciones de la compañía el siguiente medio:		
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> Apdo. postal: _____		
Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Email: _____		
Día Mes Año	<input type="checkbox"/> Otro Medio: _____		

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	País residencia	Fecha de Nacimiento	
<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 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 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 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 residencia	
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Día:	Mes:	Año:	

Información adicional sobre el asegurado principal:

Domicilio permanente		Teléfonos		Dirección electrónica	
		Domicilio			
		Celular			
Ciudad		Nº de fax			
País					

Estado civil del asegurado principal

<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Unión de Hecho
---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---

Escolaridad del asegurado principal

<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/> Posgrado universitario	<input type="checkbox"/> Sin grado académico
-----------------------------------	-------------------------------------	--	---	--

Ocupación, ingreso mensual e información del patrono del asegurado principal

Ocupación		Ingreso mensual aproximado	
Nombre del patrono:		Nº teléfono del patrono:	

3. Declaración de Salud – Aspectos relacionados con el riesgo

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Peso: Kgs _____ lbs. _____		email:		Nº Teléfono.:	
Estatura: mts _____ pies _____					
pulgs _____					

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
--	----------------------------------	--------------------------------------	---

Nombre y apellidos de su Médico de cabecera:

--

Dirección consultorio:	
-------------------------------	--

Números telefónicos:	Del consultorio: _____	Correo electrónico: _____
-----------------------------	------------------------	---------------------------

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
1. ¿Se ha practicado algún examen de salud y/o examen médico de rutina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha habido resultados anormales en los exámenes nombrados en el inciso anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿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"/>
4. ¿Ha estado alguna vez ingresado en un hospital, clínica o sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está o ha estado bajo tratamiento o tomando medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se le ha recomendado efectuarse alguna cirugía que aún no se ha realizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo, tabaquismo, por adicción a las drogas o abuso de alguna sustancia nociva para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha fumado cigarrillos, cigarros o tabacos? Indique abajo cantidad diaria y el tiempo que tiene de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿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"/>
11. ¿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

1. ¿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"/>
2. ¿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"/>
3. ¿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"/>
4. ¿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"/>
5. ¿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 Indetificación: _____

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

4. Datos del objeto o interés que se solicita asegurar

De conformidad con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, la Compañía cubrirá los gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados por servicios médicos incurridos por las personas aseguradas, en Costa Rica y el resto del mundo, como resultado de un accidente, una emergencia o enfermedad cubierta por la póliza, que ocurra dentro del periodo de vigencia.

5. 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)**

Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro

Parentesco **Sexo** **Fecha de nacimiento** **Porcentaje del beneficio**

Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Domicilio del beneficiario _____

Teléfono/e-mail del beneficiario _____

Beneficiario 2 Nombre: _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

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

Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro

Parentesco **Sexo** **Fecha de nacimiento** **Porcentaje del beneficio**

Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Domicilio del beneficiario _____

Teléfono/e-mail del beneficiario _____

Firma _____ No. de cédula: _____ Fecha: _____

Consentimiento de aceptación del beneficio de muerte natural y accidental para el cónyuge o conviviente

Nombre: _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

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

Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro

Parentesco con el asegurado principal **Sexo** **Fecha de nacimiento**

Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____

En mi condición dicha declaro y manifiesto mi consentimiento libre, voluntario y expreso para la cobertura de muerte natural y accidental que contiene esta póliza.

Firma _____ No. de cédula: _____ Fecha: _____

Designación de beneficiarios para la cobertura de muerte natural y accidental del cónyuge o conviviente.

Beneficiario 1 Nombre: _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

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

Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte 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:	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: _____						
6. PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO:			Desde: _____	Hasta: _____		
7. Coberturas Básicas						
1. Cobertura de gastos médicos						
2. Cobertura de Beneficios Ambulatorios						
3. Beneficios por Muerte Natural y Accidental						
4. Asistencia al Viajero Fuera del País de Residencia						
8. OTROS TEMAS						
8.1 Coaseguro (o copago), deducible, frecuencia y forma de pago de la prima:						
Coaseguro o copago						
Porcentaje:		Monto máximo desembolso:	US\$			
Deducible: _____ Monto del deducible en US\$: _____						
Frecuencia, forma de pago y recargos por pago fraccionado de la prima. Monto de la prima en US\$ _____						
<input type="checkbox"/> Anual Sin recargo	<input type="checkbox"/> Trimestral Con recargo del 7% sobre la prima total	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Pago directo transferencia bancaria	<input type="checkbox"/> Pago directo cheque a favor de la Compañía		
<input type="checkbox"/> Semestral Con recargo del 4% sobre la prima total	<input type="checkbox"/> Mensual Con recargo del 8% sobre la prima total	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> American Express			
Autorizo expresa e inequívocamente a ASSA Compañía de Seguros, S.A., a descontar de mi tarjeta de crédito, débito o cuenta corriente la presente prima <input type="checkbox"/> y cualesquiera primas subsiguientes <input type="checkbox"/> .						
MODIFICACIÓN DE TARIFAS: La compañía podrá modificar las primas en la presente póliza, en cualquier prórroga contractual de la póliza; siempre que la notifique al contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento. Las Primas comerciales de las diversas coberturas del presente seguro, se estarían ajustando anualmente a la prórroga contractual de la póliza, con base a la variación del índice de precios de servicios y a la experiencia de la siniestralidad presentada por cartera de pólizas del presente producto durante su último año.						
8.2 Información sobre cualquier otro seguro que lo ampare a usted, a su cónyuge o conviviente o a cualquiera de sus hijos (as) o dependientes:						
Indique el nombre del seguro			Indique en donde se emitió el seguro			
			<input type="checkbox"/> En Costa Rica		<input type="checkbox"/> En el extranjero	
En caso de que este seguro fuera aceptado, ¿reemplazaría a algún otro existente?						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
9. 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 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.

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.

En caso de que lo estime necesario, el Asegurado podrá comunicarse con la Compañía al teléfono (506) 2503-2700, fax: (506) 2503-2797, o al correo electrónico: contacto@assanet.com al área de suscripción comercial.

10. Indicación de la entrega de la información previo al perfeccionamiento del contrato

Como Propuesto Asegurado manifiesto por este medio que he recibido toda la información relativa al contrato de seguro y a la Entidad Aseguradora porque así lo he solicitado y por lo tanto, doy mi consentimiento de ser incluido dentro del presente contrato de seguro. Acepto los términos y condiciones de la cotización emitida por la Compañía para el proceso de análisis y aceptación del riesgo que será cubierto por el seguro; asimismo confirmo que antes de tomar este seguro he leído y comprendido las Condiciones Generales, la información establecida en la página web: <https://www.assanet.cr/> y demás datos que regula el artículo 12 de la Ley 8956 y artículos 24 y siguientes del Reglamento sobre comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10).

Manifiesto que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, y que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento.

Nota: ASSA Compañía de Seguro, S.A. se reserva el derecho a rechazar o aceptar cualquier solicitud.

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado

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 P20-76-A05-1038 y P20-76-A05-1037 de 7 de Mayo del 2022, P20-76-A05-1029 de 28 de abril del 2022, P20-76-A05-1040 de 31 de Mayo 2022, P20-76-A05-1045 de 05 de julio 2022.

**11. CUENTA IBAN DEL
ASEGURADOR TITULAR DE LA
PÓLIZA**

CR

12. Moneda:

Dólares

Colones

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.**

ASSA Compañía de Seguros, S.A., 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.

ASSA Compañía de Seguros, S.A., 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.

Entrega de Información: Manifiesto que he tenido acceso y he recibido la información necesaria previa al perfeccionamiento del contrato de seguros.

Firma Declarante

Firma Asegurado Principal

Fecha: Día/Mes/Año

Firma del Intermediario

No. de cédula

Fecha

ASSA Compañía de Seguros, S.A. Cantón Central de la Provincia de San José, esq. Calle 25 con Ave. 8, San José Costa Rica. Teléfono: 4052-4660.
Cédula Jurídica: 3-101-593961