

"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."
Favor completar esta solicitud con letra imprenta. No debe omitir ninguna información. No se aceptarán tachones ni líquido corrector.

1. Lugar y Fecha en que se Completa

Ciudad: _____ Fecha: _____

2. Número de Póliza y Contratante/Tomador

Contratante/Tomador: _____ Cédula Jurídica: _____

Póliza de Vida N°: _____ Certificado N°: _____

3. Datos del Solicitante (Datos para ser completado por el Propuesto Asegurado)

Nombre Completo: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Número de Identificación: _____ Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte DIDI DIMEX

Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Otros: _____ Sexo: F M

Teléfono Residencial/Celular: _____ Nacionalidad: _____

Correo Electrónico Personal: _____ Correo Electrónico Oficina: _____

Dirección Residencial: Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Calle: _____ Edificio/Casa: _____ # de Casa/Apto.: _____

Estatura: _____ Metros Pies Peso: _____ Kg Lbs

Ocupación: _____ Fecha de Ingreso a Laborar: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Ingreso / Salario Mensual: _____ Dólares Colones

(Aplica para colectivo de vida por múltiplo de salario)

¿Es una Persona Expuesta Políticamente, o es un familiar cercano o estrecho con el colaborador de un PEP? Sí No

4. Datos para ser completado por el Patrono/Contratante

Nombre de la Empresa/Filial: _____

Clase Vida: _____ Código de Empleado: _____

Centro de Costo: _____

5. Datos del Objeto de Interés que se Solicita Asegurar

Póliza de Vida: Si un Asegurado fallece estando su cobertura en vigor, la Compañía, al recibir por escrito las pruebas fehacientes de su fallecimiento, pagará al beneficiario la suma asegurada de la cobertura de Muerte por Cualquier Causa expresada en las Condiciones Particulares, con sujeción a las estipulaciones de la Póliza. La cobertura de Muerte por Cualquier Causa ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las características de riesgo únicas y propias del Asegurado y no será transferible.

7. Aspectos Relacionados al Riesgo

1.	¿Es usted miembro de cualquier fuerza militar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.	En los últimos años ha practicado o piensa practicar alguna forma de aviación privada o actividad, deporte, pasatiempo u ocupación peligrosa. Indicar Frecuencia: _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez, su Solicitud o Seguro de Vida, Accidentes Personales o Gastos Médicos ha sido rechazado, cancelado, recargado, modificado o negada su rehabilitación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha sido diagnosticado o tratado por:		
4.	¿Alteraciones del estómago, intestino delgado/ grueso, recto, hemorroides, hernia, hígado, páncreas, colitis, úlcera, boca, esófago o vesícula?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.	¿Artritis, artritis deformativa, reumatismo, gota, várices o padecimientos de la espina dorsal, lumbalgia osteoporosis, osteopenia o ciática?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.	¿Alteraciones de la tiroides: bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo, inflamación de la tiroides, nódulos o tumores?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.	¿Alteración o afecciones de los riñones, uréteres, vejiga, uretra, infección urinaria, ardor, cálculos u orina con sangre, insuficiencia renal crónica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.	¿Cáncer, quiste o tumores, diabetes, distrofia muscular, poliomielitis, esclerosis múltiple, enfermedad grave o de alto costo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9.	¿Cataratas, glaucoma, pterigión, chalazión, ceguera parcial o total u otra alteración de los ojos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10.	¿Alteraciones o desorden de los oídos, incluyendo otitis media?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11.	¿Enfermedades o desórdenes mentales o nerviosos, ansiedad, depresión, esquizofrenia, trastornos del déficit atencional, estrés?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12.	¿Derrame, isquemia cerebral, epilepsia, convulsiones, mareos, desmayos, desvanecimientos, dolor de cabeza, neuralgias o alguna enfermedad del sistema neurológico o cerebro vascular?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13.	¿Enfermedades del sistema cardio vascular: infarto, angina de pecho, arritmia, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca, trombosis, varices, presión arterial alta, hipotensión, flebitis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.	¿Tuberculosis, enfermedades pulmonares, rinitis, asma o bronquitis, enfisema, u otra afección respiratoria?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15.	¿Enfermedades de la piel, músculos, huesos o coyunturas, articulaciones, lupus eritematoso o fiebre reumática?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16.	¿Enfermedades del sistema circulatorio, anemia falciforme o hemorragias, hemofilia o anemia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17.	¿Enfermedades transmitidas sexualmente, gonorrea, sífilis, clamidia, virus del papiloma humano (VPH), hepatitis B o C, otra(s) de transmisión sexual, condición que afecte tu sistema inmunológico o que requiera tratamiento antiviral continuo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18.	¿Alguna Enfermedad, malformación o lesión congénita?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19.	¿Ha fumado cigarrillos o usado cualquier otro producto que contenga nicotina? En caso afirmativo, indique producto _____ fecha del último consumo _____ ¿Cuántos al día? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20.	¿Ingiere bebidas alcohólicas? Detalle: clase _____ frecuencia _____ cantidad _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21.	¿Ha consumido o consume algún tipo de droga o sustancia ilícita? Detallar: _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mujeres		
22.	¿Está usted embarazada? En caso afirmativo indicar: Meses: _____ Fecha probable de parto: _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
23.	¿Abortos, dolor pélvico, endometriosis, menopausia, hemorragias vaginales, fibromas, tratamientos de fertilidad, trastornos menstruales o de los senos, del cérvix o del aparato reproductor femenino?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hombres		
24.	¿Alteración de la próstata, del pene, testículos, peyronie, varicocele, circuncisión o cualquier desorden en los órganos reproductivos, tratamientos por infertilidad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En los últimos 5 años ha:		
25.	¿Consultado, ha sido examinado o tratado por algún médico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
26.	¿Sido internado o tratado en alguna clínica hospital o sanatorio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
27.	¿Tenido o tiene pendiente alguna cirugía?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

28.	¿Realizado examen de Rayos X, electrocardiograma, exámenes de rutina, prueba de laboratorio u otro estudio? Favor indicar los resultados.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
29.	¿Recibido tratamiento o medicamento por alguna enfermedad, condición o padecimiento no indicado en este cuestionario?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de preguntas afirmativas, favor detallar la información completa de todos los médicos que intervinieron e instituciones médicas (Diagnóstico, Tratamiento, Doctor, Fecha y Estado Actual):

6. Designación de Beneficiarios - Cobertura Colectivo de Vida (solo si aplica)

Beneficiario(s) Principal(es)	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

El porcentaje no debe exceder el 100%. En caso de que no coloque el porcentaje, el monto del seguro se distribuirá en partes iguales entre todas las personas beneficiarias.

¿Alguno de los dependientes es una Persona Expuesta Políticamente, o es un familiar cercano o estrecho colaborador de un PEP? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre: _____

8. Plazo de Vigencia Solicitado

Plazo de Vigencia / Fecha de inclusión del colectivo: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
(Se aclara que las coberturas de la Póliza del Propuesto Asegurado estarán vigentes únicamente durante la duración del contrato laboral y mientras la Póliza esté vigente en la Compañía).

9. Elección de Opciones Establecidas en Condiciones Generales por parte del Solicitante

Las coberturas son seleccionadas por el Contratante/Tomador de la Póliza Colectiva y se indicarán en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de la Póliza.

10. Otros Temas

Declaraciones y Manifestaciones del Propuesto Asegurado y Solicitud de Inclusión

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 de 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. 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.
4. El Propuesto Asegurado certifica que la información brindada en este documento es veraz y exacta; entiende y conoce que cualquier reticencia o inexactitud puede generar la nulidad del contrato de seguro.

La información sobre las Condiciones Generales y la Entidad Aseguradora podrán ser obtenidas a través de la página web: <https://assanet.cr/condiciones-generales/>. En caso de cualquier inquietud contactarse al teléfono (506) 2503-2700.

De acuerdo a lo indicado en el artículo 11 del Reglamento sobre Seguros Colectivos (SUGESE 05-13), el Contratante/Tomador de estos seguros podrá llevar a cabo todos los actos dirigidos a la celebración y ejecución del contrato de seguros, su renovación y modificación lo cual hará en su función de Contratante/Tomador de un seguro por cuenta ajena, de tal manera que podrá entregar y recibir toda información y documentación, lo cual ha sido debidamente facultado por la Compañía, sin que esto exima a la Compañía de incumplimiento de tales funciones.

De tal manera, el Propuesto Asegurado acepta que la información relativa a su nombre completo, edad, dirección exacta, estado civil y teléfono incluida en esta Solicitud de Seguro puede haber sido previamente completada por el Contratante/Tomador de estos seguros, y la misma ha sido revisada y autorizada por el Propuesto Asegurado y con la firma de esta Solicitud de Seguro certifica que la misma es fiel y exacta. Cualquier discrepancia deberá de ser reportada de inmediato por el Propuesto Asegurado al Contratante/Tomador o a la Compañía a la dirección electrónica contacto@assanet.com para su debida rectificación.

Consentimiento Informado

Por este medio doy mi consentimiento para ser incluido en estas Pólizas, con ASSA Compañía de Seguros, S.A. A la vez, manifiesto que según lo definido en la Ley No. 8968 "Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales", le informamos que:

- ASSA Compañía de Seguros, S.A., cédula jurídica 3-101- 593961 (en adelante "ASSA") es una compañía que se dedica a la actividad aseguradora y será la destinataria de toda la información brindada.
- Esta información será almacenada en una base de datos de carácter personal, a la cual tienen acceso los colaboradores de ASSA y los socios comerciales a los que ASSA brinde autorización.
- Esta información será utilizada para ofrecerle beneficios adicionales, promocionar sus servicios, ofrecer otros productos de ASSA y enviarle información relacionada a los servicios adquiridos con ASSA. Adicionalmente, ASSA almacenará toda aquella información necesaria para poderle ofrecer los servicios del seguro adquirido. ASSA podrá transferir la información a terceros para realizar estos mismos usos.
- La aceptación del presente consentimiento no es obligatoria, sin embargo, de no aceptarlo ASSA podría verse imposibilitado de ofrecerle algunos servicios.
- Los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos personales serán representados por ASSA y los que puede ejercer al correo electrónico: contacto@assanet.com.

Autorización del Propuesto Asegurado para Acceso a Expedientes Médicos, Revelación de Datos Médicos

Por este medio autorizo a los médicos y tecnólogos del sector salud que me han examinado en hospital, clínica y otros centros de salud tanto públicos como privados, para 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. Asimismo, autorizo a ASSA Compañía de Seguros, S.A., para que solicite de las personas o entidades que resguarden o custodien información relacionada con los aspectos que influyen en la determinación del riesgo moral y/o financiero del Propuesto Asegurado.

Firma del Propuesto Asegurado

11. Proceso de Análisis y Aceptación o Rechazo de la Solicitud

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Compañía 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 la Compañía no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Compañía 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 que lo estime necesario, el Asegurado podrá comunicarse con la Compañía al teléfono (506) 2503-2700, o al correo electrónico: contacto@assanet.com al área de servicio al cliente.

12. Indicación de la Entrega u Otorgamiento de Seguro de la Información Previo al Perfeccionamiento del Aseguramiento

Acepto haber recibido la información previa relativa a los términos y condiciones de esta Póliza, así como el presente documento, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso de suscribir la presente Póliza Colectiva. También he sido enterado de que la eficacia de las coberturas está sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

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://assanet.cr/condiciones-generales/> 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).



Firma Propuesto Asegurado

Fecha

Intermediario de Seguros – Lic. No.

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 07 de septiembre de 2010 con fecha de actualización 20 de marzo de 2026.

Exclusivo de la Compañía de Seguros

Aprobado Rechazado



Firma de quien Aprueba/Rechaza

Fecha de Aprobación/Rechazo

Fecha Efectiva

Observaciones: _____
