

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:	Día:	Mes:	Año:	Hora:
Contratante o Tomador:		N° de Póliza:		

1. DATOS DEL SOLICITANTE (ASEGURADO PRINCIPAL)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	
N° Identificación	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	
Ocupación o Actividad Económica	Sexo: M F	Estado Civil	Ingreso mensual aproximado
Medio para recibir Notificaciones. Cualquiera de los siguientes medios:			
Provincia	Cantón	Distrito	
Dirección Exacta:			
Correo Electrónico	Teléfono 1	Teléfono 2	

2. DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES

	Nombre completo	Género	Identificación	Fecha de nacimiento	Edad
Cónyuge					
Hijo					
Hijo					
Padres					

3. DATOS DEL INTERÉS ASEGURABLE y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Coberturas	Sumas Aseguradas			
	Asegurado Principal	Cónyuge	Hijos	Padres
COBERTURA BÁSICA: Fallecimiento Adelanto				
COBERTURAS ADICIONALES Incapacidad Total y Permanente Adelanto Monto Adicional		N/A	N/A	N/A
Fallecimiento Accidental y Lesiones Calificadas		N/A	N/A	N/A
Gastos Médicos por Accidente [Incluir]% de la Suma asegurada de Muerte Accidental				

<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización				
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/> Adelanto <input type="checkbox"/> Monto Adicional				
<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios				
COBERTURA DE SERVICIO <input type="checkbox"/> SM Asistencia <input type="checkbox"/> Asistencia Médica Domiciliar <input type="checkbox"/> Asistencia Dental <input type="checkbox"/> Asistencia Funeraria <input type="checkbox"/> Asistencia Mi Mascota <input type="checkbox"/> Asistencia PrevePet	NA			

4. BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre completo	N. de identificación	Parentesco	Porcentaje

Salvo comunicación en contrario, mediante la fórmula de cambio de beneficiarios, el Asegurado Principal es el beneficiario de las coberturas de los Asegurados Dependientes.

5. PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO: Desde: _____ Hasta: _____

6. ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

6.1 Coaseguro para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

6.2 Moneda:

Colones: <input type="checkbox"/>	Dólares: <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------

6.3 Primas:

Frecuencia de pago	Prima
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	

6.4 Medio de Pago

1- <input type="checkbox"/> Tarjeta: Número: _____ Emisor _____ Fecha de vencimiento: _____
2- Deducción del salario (El rebajo se hará según el patrono indicado en la sección "Datos del Tomador", el cual debe estar inscrito en la aseguradora para efectuar las deducciones)
3- Pago directo (Sinpe Móvil 8897-7984 / Depósito bancario: Banco Nacional CR93015100010012190751 Banco de Costa Rica CR14015201001027676001/ Puntos Tucán)

7. OTROS TEMAS:

7.1 Declaraciones del Solicitante y de las personas a ser Asegurados Dependientes.



- a- La información aportada en el proceso de inclusión de esta póliza es verídica y ha sido dictada o escrita por mí.
- b- Estoy enterado de que, en caso de haber tenido o tener en la actualidad algún padecimiento o enfermedad que requiere tratamiento y seguimiento médico, debo completar la declaración de salud provista por Seguros del Magisterio S.A.
- c- Asimismo, declaro que estoy enterado (a) de que puedo contratar este seguro por mi cuenta, directamente en cualquier entidad aseguradora o a través de cualquier intermediario de seguros del país. Por tanto, con conocimiento de lo anterior, autorizo a la entidad contratante a incorporarme en esta póliza.
- d- Asimismo, autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales o instituciones de salud, públicas o privadas, a que suministren información completa, (incluyendo copias de mis expedientes) en relación con esta solicitud a Seguros del Magisterio S.A.

CONSENTIMIENTO DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES:

Por este medio los Asegurados Dependientes consienten ser asegurados bajo las coberturas del Seguro Vida Grupos:

Nombre del Cónyuge	Nombre Hijo	Nombre Padre
Firma	Firma	Firma

8. PROCESO DE ANÁLISIS DE LA SOLICITUD

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada LA ASEGURADORA dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si ésta no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, LA ASEGURADORA deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. Cualquier notificación o aviso que Seguros del Magisterio S.A. deba hacer al Tomador o al Asegurado, se hará según el medio escrito o electrónico consignado en esta solicitud.

9. ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS

Como solicitante declaro lo siguiente:

- a- He tenido acceso y recibido toda la información relativa a esta póliza de forma previa al perfeccionamiento de mi inclusión.
- b- Se me han brindado acceso y explicado las Condiciones Generales de esta póliza.
- c- Como solicitante puedo consultar las Condiciones Generales del seguro a través de la página web: www.smseguros.cr

En fe de lo anterior firmo en :	el día
Firma del solicitante	Firma y sello del contratante

“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 código número P14-26-A02-006 de fecha 21 de agosto de 2009”.