



# Certificado - Recibo de Póliza Seguro Autoexpedible de Vida Colones

## Número de Póliza

Vigencia del : al :

### Datos del Asegurado:

|   |                       |                            |                        |
|---|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| Primer Apellido                               | Segundo Apellido      | Nombres                    |                        |
| Número de Identificación: Cédula de identidad |                       | Fecha Nacimiento:<br>Edad: | Estado Civil:<br>Sexo: |
| Dirección Exacta:                             | Tipo Telefono         | Numero Telefono            |                        |
|   | Oficina               |                            |                        |
|   | Dirección Electrónica |                            |                        |
| Nacionalidad:                                 | Apartado Postal:      | Fax:                       |                        |

Declaro no padecer o no haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: 1. Enfermedad del corazón por presión alta; 2. Infarto del Miocardio; 3. Derrame Cerebral; 4. Diabetes Mellitus; 5. Tumores malignos o cáncer; 6. SIDA; 7. Infecciones por el virus VIH (SIDA); 8. Bronquitis crónica o enfisema; 9. Insuficiencia renal; 10. Cirrosis Hepática.

El Asegurado tendrá la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. La Compañía dispone de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de recibido de dicho documento para devolver al Asegurado la prima.

### Notificaciones:

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

**Recuerde mantener actualizados sus datos.**

### Opción de Aseguramiento:

| Suma Asegurada | Prima Individual | Numero Asegurados | Prima Total |
|----------------|------------------|-------------------|-------------|
|                |                  |                   |             |

### Cobertura Basica

| Nombre Cobertura     | Monto |
|----------------------|-------|
| Muerte No Accidental |       |
| Muerte Accidental    |       |

### Cobertura Adicionales

|  |  |
|--|--|
| Incapacidad Total Permanente por Accidente |  |
| Gastos Funerarios                          |  |

**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 seguros 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 una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. En el evento en que no exista declaración de beneficiarios, la indemnización se girará conforme dispone la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

### Beneficiarios:

| Apellidos | Nombre | Parentesco | Identificacion | %Participacion | Telefono |
|-----------|--------|------------|----------------|----------------|----------|
|           |        |            |                |                |          |

### Autorización para pago de primas mediante cargo automático:

Por medio del presente, el Asegurado acepta y autoriza que el pago de la prima, según la periodicidad escogida, se realice mediante cargo automático en el siguiente medio de pago:

**En Colones con fecha de vencimiento:**

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros o cualquier medio escogido, en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y Sagicor. Asimismo relevo a Sagicor a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite del crédito. En caso de que el pago no se de por causas no atribuibles al asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.

El Operador de Seguros Autoexpedibles mantiene un contrato mercantil para vender seguros Autoexpedibles de SAGICOR, entidad registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización 000001. La firma de este documento y el pago de la prima, implica la aceptación del riesgo de manera inmediata de acuerdo a las condiciones de esta póliza

Este producto cumple con las características definidas en el artículo 24– Seguros Autoexpedibles y artículo 42– Registros obligatorios, inciso a) del anexo 15 Registro de pólizas tipo- y el artículo 47– Requisitos para la solicitud de registro del Reglamento de Autorizaciones, Registro y Requisitos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

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 la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_. Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar a Sagicor, teléfonos 40003270 , página Web [www.sagicor.cr](http://www.sagicor.cr)

Autorización para obtener y divulgar información: Declaro que todas las respuestas y declaraciones incorporadas a este formulario han sido realizadas de forma voluntaria y consciente, mediante información veraz, completa y fidedigna; y entiendo que dichas respuestas y declaraciones son la base sobre la cual se analizará el siniestro bajo la póliza indicada. Asimismo, por un espacio de tres meses a partir de esta fecha, autorizo a mi médico, hospital o cualquier otro centro médico relacionado a revelar a Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A. información sobre mi salud, hábitos o la historia médica. Dicha información únicamente podrá ser solicitada y proporcionada a funcionarios debidamente acreditados de Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A. La autorización aquí indicada es extensiva en caso de reclamo de derechos por causa de siniestro, por un plazo adicional de tres meses a partir de la fecha del aviso de siniestro. La confidencialidad y tratamiento de la información dispuesta 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 cualquier otra norma aplicable en beneficio de la persona asegurada o solicitante.

Por la presente declaro que toda información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa, verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta Sagicor para emitir la póliza que solicito y que cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web de SAGICOR [www.sagicor.cr](http://www.sagicor.cr). Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará Sagicor de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

**Nombre del asegurado**

**Identificación**

**Gerente SAGICOR  
CED. JUDIC. 400000 - 1902 - 22**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO**

Nombre del vendedor

Cedula

Firma Vendedor