



Asociación Solidarista de
Colaboradores de Pipasa y Afines

WhatsApp 7300-5025
Tel. y Fax: (506) 4000-3270
www.asecargill.com
ASECARGILL SOLIDARISTA



Compañía de Seguros

SEÑORES MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA:

1

Día

Mes

Año

2

YO: _____ CÉDULA: _____

SOLICITO POR ESTE MEDIO SER ACEPTADO COMO MIEMBRO DE ESTA ASOCIACIÓN, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR LAS DISPOSICIONES DE SUS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS, ME COMPROMETO AHORRAR REGULARMENTE EL 5% DEL SALARIO

3

Centro de trabajo:		Departamento:			
Nacionalidad:		Teléfonos:			
Estado civil:		Fecha nacimiento:	Día:	Mes:	Año:
Correo electrónico:					
Dirección exacta:					
		Provincia:			
Nombre completo del esposo(a) compañero(a):					

Manifiesto conocer y entender, que en caso de fallecimiento, mi Ahorro Personal, Ahorro Patronal, Ahorros Complementarios y Excedentes que estén en custodia de Asecargill, de conformidad con la Ley, sean distribuidos por un juez de la República según corresponda.

Nombre Beneficiario

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 seguro 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 un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada"

4

Nombre Beneficiario No1:					
Cédula:		Parentesco:		Porcentaje:	%
Dirección:					
Nombre Beneficiario No2:					
Cédula:		Parentesco:		Porcentaje:	%
Dirección:					
Nombre Beneficiario No3:					
Cédula:		Parentesco:		Porcentaje:	%
Dirección:					
Nombre Contingente:					
Cédula:		Parentesco:		Porcentaje:	%
Dirección:					

FIRMA DEL ASOCIADO

CÉDULA DEL ASOCIADO

Información para Póliza Colectiva de Vida con ASSA Compañía de Seguros S.A.

Estatura (cm) _____ Peso(kg) _____

Sufre alguna enfermedad o lesión según su conocimiento o entender ☐ SI ☐ NO

En caso de ser afirmativo favor indique cual: _____

Suma asegurada (favor marque con una X el monto de cobertura elegida) solo puede marcar un plan voluntario:

- a. ☐ \$10,000,000 (Póliza No. 09B132 - Plan Básico)
 b. ☐ \$20,000,000 (Plan Voluntario) En este monto ya está incluida la suma básica.
 c. ☐ \$40,000,000 (Plan Voluntario) En este monto ya está incluida la suma básica.

COBERTURAS CONTRATADAS			
Cobertura Básica: Vida	X	Cobertura Renta por Incapacidad Total o Permanente (aplica solamente en caso de accidente para las pólizas 09B194 y 09B195)	X
Cobertura Muerte Accidental y Desmembramiento	X	Cobertura de Gastos Funerarios	X

DECLARACION DEL SOLICITANTE RESPECTO A LA INFORMACION MÉDICA Y PERSONAL:

Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi claro entendimiento y autorizo a los médicos y tecnólogos del Sector Salud que me han examinado en cualquier Hospital, Clínica y otros centros de salud tanto públicos como privados, a 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.



Firma y N° de identificación de autorización del solicitante

DECLARACIONES DEL PROPUESTO ASEGURADO

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- A los efectos del artículo 94 de la Ley 8956, doy mi consentimiento para ser asegurado en esta póliza colectiva de vida tomada por la Asociación Solidarista de Colaboradores de PIPASA y afines.
- 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.
- En caso 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.
- He recibido de manera previa la información relativa al contrato de seguro, a la Entidad Aseguradora y demás información contenidas en el artículo 12 de la Ley 8956 y los artículos 24 y siguientes del Reglamento sobre Comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10) y, por lo tanto, doy mi consentimiento de ser incluido dentro del presente contrato de seguro.
- 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.
- Autorizo a ASSA a entregar cualquier indemnización a los beneficiarios por medio de **ASECARGILL** como tomador de la póliza.
- Designo como beneficiarios de la póliza colectiva de vida a las personas designadas como beneficiarios, indicada en este formulario

La información sobre las Condiciones Generales y la Entidad Aseguradora podrán ser obtenidas a través de la página web:
<https://www.assanet.cr/CondicionesGenerales/CG-Colectivo-de-Vida-Colones.pdf>

Este documento sólo constituye una solicitud de inclusión en un seguro colectivo, 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.



Firma del Propuesto Asegurado

Fecha

Federico López Casal Licencia No.13-1229

Intermediario 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 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 01 de Diciembre de 2014.**