

Solicitud de Inclusión Como Asegurado

Este documento sólo constituye Solicitud de Seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que dicha solicitud será aceptada por la Aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

En relación a la presente solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado en la Póliza N°VSMC-1094 correspondiente al Grupo Asegurable ASETRABAJO y para ese fin proporciono la siguiente información:

Solicitud N°

1. INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA

Fecha en que se completa esta solicitud :	
Nombre Tomador: ASETRABAJO	No. De Identificación: 3002234608

2. PÓLIZA COLECTIVA

No. de Póliza: VSMC-1094	Tomador: ASETRABAJO	No. Identificación: 3002234608
Desde: D/ M/ A/ a las: 29/06/2025 12:00	Hasta: D/ M/ A/ a las: 29/06/2026 12:00	

3.DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo:			
Tipo de Identificación:		No. De Identificación:	
Ocupación /Profesión /Oficio/:	Estado Civil:	Genero:	
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:		

4.DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES Y AVISOS

País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección exacta:			
Télefono:	Correo electrónico:		
Medio para recibir notificación: Dirección física ☐	Fax ☐	Correo electrónico ☐	

5. DATOS DEL OBJETO A ASEGURAR

Clase de Crédito		Moneda	Monto de Crédito Solicitado
Hipotecario ☐	Prendario ☐	☐ Colones ☐ Dólares	
Personal ☐	Otro ☐		

6.ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

DECLARACIÓN DE SALUD			
Fumador:	Si ☐ No ☐	Estatura:	mts Peso Kilos
¿PADECE EL SOLICITANTE O LE HA SIDO DIAGNOSTICADO O ESTÁ EN TRATAMIENTO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			
1.Cáncer	SI[] NO []	8.Hipertensión o Hipotensión	SI[] NO []
2.Infarto al Miocardio	SI[] NO []	9.Tuberculosis o Efisema Pulmonar	SI[] NO []
3.Derrame Cerebral	SI[] NO []	10. Insuficiencia Renal	SI[] NO []
4.SIDA	SI[] NO []	11. Diabetes Melitus	SI[] NO []
5.Epilepsia	SI[] NO []	12. ¿Tiene una Incapacidad Total y Permanente?	SI[] NO []
6.Varices Esofágicas	SI[] NO []	13. Cirrosis Hepática	SI[] NO []
7.Esclerosis Múltiple	SI[] NO []	14.¿Padece de alguna enfermedad o condición que no se encuentre descrita en la lista anterior?	SI[] NO []

DECLARACION DE SALUD CONTINUACION:

*Si ha respondido Si a alguna de las preguntas anteriores amplíe información a continuación:

Favor indicar Fecha de última visita al médico y nombre del médico y hospital, así como la Condición o Enfermedad por la cual ha sido tratado

Fecha:	Médico:
Ha estado Hospitalizado? ☐ Sí ☐ No	Fecha:
Nombre del Hospital o Clínica:	
Ha solicitado algún seguro de vida que haya sido denegado por alguna compañía? ☐ Sí ☐ No	
Detalles:	
Aficiones o Hobbies que practica el Asegurado Principal?	
Detalles:	

7.DATOS DE BENEFICIARIOS

Advertencia: El abajo firmante declara que conoce y acepta expresamente que en caso de ser aceptado como asegurado en la Póliza del Grupo Asegurable a que refiere este documento, por tratarse de una cobertura destinada exclusivamente al pago insoluto de la deuda contraída por él con el Tomador de la Póliza, una vez ocurra su fallecimiento, el único beneficiario será el Tomador de la Póliza.

