

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 Personales del Solicitante

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	
N° Identificación	Fecha 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 del Interés Asegurable y Aspectos Relacionados con el Riesgo

Cobertura Básica			
<input type="checkbox"/>	Fallecimiento		
Coberturas Adicionales			
<input type="checkbox"/>	Incapacidad Total y Permanente		
<input type="checkbox"/>	Desempleo Involuntario		
<input type="checkbox"/>	Incapacidad Temporal - Trabajador Asalariado		
Coberturas de SM Asistencia			
<input type="checkbox"/>	Asistencia Dental		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° de Operación Crediticia	Monto del Crédito	Cuota Mensual del Crédito	Tipo de Crédito

3. Beneficiarios

Beneficiario Oneroso	
Se tendrá como beneficiario de esta póliza a el Tomador del seguro, en su rol de Beneficiario Oneroso – Acreedor para la cobertura básica y aquellas adicionales elegidas.	

4. **Plazo de Vigencia Solicitado:** Desde: Día ___ Mes ___ Año _____. Hasta: Día ___ Mes ___ Año _____.

5. Elección de Opciones Establecidas en las Condiciones Generales

Moneda:

Periodicidad de pago de la prima:

Colones: <input type="checkbox"/>	Dólares: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Para el pago de la prima subsiguiente a la primera, marcar la opción que autoriza, según Periodicidad de pago, para efectuar la deducción, así como completar los datos solicitados:

1- 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)

6. Otros Temas:

Declaraciones del solicitante.

- 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.

7. Proceso de Análisis de la Solicitud

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador 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 el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador 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.

8. Entrega de Información Previa

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: _____ de: _____ de: _____ .

Firma y número de identificación del solicitante	Firma del contratante
--	-----------------------

Original: Seguros del Magisterio Copia 1: Solicitante Copia 2: Contratante o tomador

"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 número P14-40-A02-005 de fecha 01 de julio de 2010."