

Nombre completo:

No. de Identificación:

Fecha de Nacimiento:

Método de Notificación: Email

Email:

Número de Póliza:

Fecha de Emisión:

Fecha de Renovación:

Moneda:

Selección de Coberturas

Cobertura Básica		Prima de seguro con IVA incluido:
Nombre Cobertura		Monto
Cobertura Adicionales		
Nombre Cobertura		Monto

Declaración de Salud: Como requisito para la compra declaro que no padezco ni he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Enfermedades del Corazón por Presión Alta, Infarto al Miocardio, Derrame Cerebral, Tumores malignos o cáncer, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal, Bronquitis crónica o enfisema, Cirrosis Hepática, Infecciones por el virus VIH y/o SIDA. En caso contrario entiendo que no puedo suscribir el presente seguro y de hacerlo, se considerará una declaración falsa para los efectos legales respectivos.

Designación de Beneficiarios

En caso de fallecimiento cubierto por el seguro, el **beneficio será girado a sus herederos legales que sean designados en el proceso sucesorio correspondiente**. No obstante, usted cuenta con derecho de realizar designaciones específicas o genéricas de beneficiarios, las cuales se mostrarían a continuación:

Nombre	Apellidos	Identificación	Teléfono	Parentesco	% Participación

Declaración de Aceptación:

Autorización para cargo Automático: el suscrito Tarjetahabiente autorizó al Operador de Seguros Autoexpedible y a Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A. a cargar a la tarjeta número:xxxx , con fecha de vencimiento: xxxx los pagos por concepto de primas que se generen por este seguro. El Asegurado solicita y autoriza que, en caso de reposición de su tarjeta, sea por fraude, vencimiento, cambio de producto o extravío, el presente seguro mantenga vigencia en cuanto a la nueva tarjeta y que el cargo de prima sea trasladado a la misma por el resto del plazo de la póliza.



Nombre del Asegurado

Identificación

Nombre del Vendedor

Fernando Víquez Pacheco
Representante Legal

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 AO-A12-0071. 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 treinta (30) días naturales, 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. 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 P14-23-A12-512 de fecha 16 de mayo del 2014. Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar a Sagicor, teléfonos 40805200, página Web <http://Sagicor.cr>.