



**SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA**

Nombre del Producto: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_

portador (a) de la identificación N° \_\_\_\_\_, en calidad de: Solicitante/Asegurado: Asegurado

Dependiente: \_\_\_\_\_ Beneficiario: \_\_\_\_\_, Familiar \_\_\_\_\_ (parentesco) \_\_\_\_\_

del asegurado fallecido: \_\_\_\_\_

N °de identificación \_\_\_\_\_, autorizo expresamente y en forma inequívoca a los funcionarios que el Instituto Nacional de Seguros designe, para consultar, recopilar y obtener una copia de toda la información contenida en los expedientes del solicitante o asegurado en cualquier centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Si corresponde a una declaración de invalidez, autorizo la revisión y recolección de los datos de sumaria de invalidez, ya sea de la Caja Costarricense del Seguro Social o de cualquier otra entidad que la haya otorgado.

Lo anterior cuando dicha información se requiera en el proceso de Selección de Riesgos (cuando corresponda) o para el trámite de cualquier reclamo interpuesto por mí o por parte de mis beneficiarios en caso de fallecimiento.

En caso de que el solicitante o el asegurado sea menor de edad, el suscrito autoriza la revisión de los expedientes a

nombre de: \_\_\_\_\_, cuyo parentesco con mi persona es:

\_\_\_\_\_

Fecha:

Nombre

Firma y N° Identificación