



Fecha de Solicitud

Entra en vigencia a partir del día 01 del mes siguiente al de mes suscripción, siempre que cumpla con los requisitos mínimos establecidos

Boleta de Suscripción

Total a pagar por mes

Datos del Asociado

Tipo de identificación	Número Identificación	Fecha de Solicitud	
Formato			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Costarricense			
Genero	Talla	Peso	

Datos de Contacto

Provincia	Cantón	Distrito	Correo Electrónico para Notificaciones
Dirección completa			Teléfono Celular
			Otro Teléfono

Autorización para Cobro

Con esta elección, usted está autorizando para que, por el medio seleccionado, Coopebanpo o, cuando corresponda, el intermediario de seguros con licencia habilitante emitida por SUGESE número SC-16-125, realicen los cobros respectivos a este seguro, con la frecuencia pactada y los términos que para estos efectos aplica. Esto aplica tanto para el cobro de la prima que corresponde a su seguro, como para el cobro de la prima de seguro por el o los familiares que declare a continuación.

Marque en la casilla la opción de su preferencia:

<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Débito o Crédito				
	<table border="1"><thead><tr><th>Nº Tarjeta</th><th>Fecha Vencimiento</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Nº Tarjeta	Fecha Vencimiento		
Nº Tarjeta	Fecha Vencimiento				
<input type="checkbox"/>	Débito a Cuenta Cliente (17 dígitos)				
<input type="checkbox"/>	Deducción de Planilla				

En caso de que usted desee que el cobro de este seguro se aplique como una rebajo en su planilla, **deberá pagar de forma anticipada el equivalente a dos meses de seguro, según sea la cantidad de asegurados;** esto con el fin de equilibrar los procesos de pago y garantizar el servicio médico correspondiente.

Datos del Familiar 1

Nº	Parentesco	Tipo de identificación	Número Identificación
1			
Formato			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Costarricense			
Genero	Talla	Peso	
Provincia	Cantón	Distrito	Correo Electrónico para Notificaciones
Dirección completa			Teléfono Celular

Datos del Familiar 2

Nº	Parentesco	Tipo de identificación	Número Identificación
2			
Formato			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Costarricense			
Genero	Talla	Peso	
Provincia	Cantón	Distrito	Correo Electrónico para Notificaciones
Dirección completa			Teléfono Celular

Datos del Familiar 3

Nº	Parentesco	Tipo de identificación	Número Identificación
3			
Formato			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Costarricense			
Genero	Talla	Peso	
Provincia	Cantón	Distrito	Correo Electrónico para Notificaciones
Dirección completa			Teléfono Celular

Datos del Familiar 4

Nº	Parentesco	Tipo de identificación	Número Identificación
4			
Formato			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Costarricense			
Genero	Talla	Peso	
Provincia	Cantón	Distrito	Correo Electrónico para Notificaciones
Dirección completa			Teléfono Celular

Datos del Familiar 5

Nº	Parentesco	Tipo de identificación	Número Identificación
5			
Formato			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Costarricense			
Genero	Talla	Peso	
Provincia	Cantón	Distrito	Correo Electrónico para Notificaciones
Dirección completa			Teléfono Celular

Aceptación de Términos y Condiciones

A través del Correo electrónico dirigido a la dirección seguros@coopebanpo.fi.cr, donde se entrega como adjunto el presente formulario, declaro de forma expresa que toda la información anterior dictada por mí, tanto personal como de mis familiares, cuando así corresponda, es completa y verdadera, y puede conformar la base para emitir la póliza que solicito.

En ese entendido, el suscrito(@), solicita la inclusión en el Seguro de Salud, haciendo saber que las condiciones que rigen dicho contrato son de mi conocimiento y aceptación.

Adicionalmente y por el mismo medio: correo electrónico dirigido a la dirección seguros@coopebanpo.fi.cr, donde se entrega como adjunto el presente formulario, extiendo la autorización para que Coopebanpo o, cuando corresponda, el intermediario de seguros con licencia habilitante emitida por SUGESE número SC-16-125, realicen los cobros respectivos a este seguro, con la frecuencia pactada y los términos que para estos efectos aplica. Así mismo, autorizo para aplicar el cobro por el monto de la prima que corresponde tanto a mi seguro, como al del o los familiares que aquí hayan sido declarados.

Confirmando que la dirección de correo electrónico o en su defecto los números telefónicos acá declarados, corresponden a los medios formales que

autorizo para recibir notificaciones relacionadas con el Presente.