

Fecha: 8/11/2023

Código: G08-06-A13-659

Ver: 4.0

NOTA: Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MNK SEGUROS, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

DATOS DEL TOMADOR

Nombre y apellidos o razón social:

Identificación número:

Tipo de documento:

Tipo de documento:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Posee doble nacionalidad? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo indicar nacionalidad y número de identificación:

Medios para recibir notificaciones:

Correo electrónico:

Correo para envío de factura electrónica:

Teléfono trabajo:

Telf. Habitación

Tel. Celular

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Otras señas:

Profesión:

Colegio Profesional:

Nº de carné del Colegio Profesional:

Actividad económica en que se desempeña:

País donde se desempeña la actividad:

INFORMACIÓN NECESARIA ÚNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS

Nombre Completo del Representante legal

Número de identificación

DATOS DEL ASEGURADO (Llenar sólo en caso de que sea diferente al tomador)

Nombre y apellidos o razón social:

Identificación número:

Tipo de documento:

Profesión:

Colegio Profesional:

Nº de carné del Colegio Profesional:

Tipo de documento:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección para recibir notificaciones:

Correo electrónico:

Teléfono celular:

Otro teléfono:

Teléfono trabajo:

Teléfono habitación:

Dirección postal:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Otras señas:

DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Fecha de expedición del carné del Colegio Profesional:

Fecha renovación:

ASOCIACIONES, CÍRCULOS, COLEGIOS, SOCIEDADES PROFESIONALES A LAS QUE PERTENECE EL ASEGURADO:

Nombre

Dirección

¿Como ejerce el Asegurado?

Jefe de equipo: ☐ Sí ☐ No ☐ ☐

Jefe de Guardia: ☐ Sí ☐ No ☐ ☐

Médico Residente: ☐ Sí ☐ No ☐ ☐

Médico Asistente: ☐ Sí ☐ No ☐ ☐

El Asegurado realiza:

Guardias: ☐ Sí ☐ No ☐

Activas: ☐ Sí ☐ No ☐

Pasivos: ☐ Sí ☐ No ☐

En ambulancias: ☐ Sí ☐ No ☐

Substituciones temporales (Locum tenens)

☐ Sí ☐ No ☐

% de su práctica:

¿Si hace substituciones temporales, las hace siempre para su misma especialidad?

☐ Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta negativa, favor proveer detalles en hoja aparte

EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTOS Y CERTIFICACIONES

Listado todas las universidades (Facultad/Colegio de medicina) donde el Asegurado estudió:

Nombre

País

Desde

Hasta

Diploma/Certificado

☐ Sí ☐ No ☐

☐ Sí ☐ No ☐

☐ Sí ☐ No ☐

listado todos los internships, residencias y fellowships del Asegurado

Nombre institución

Ciudad/País

Desde

Hasta

¿Diploma?

Internship

☐ Sí ☐ No ☐

Residencia

☐ Sí ☐ No ☐

Fellowship

☐ Sí ☐ No ☐

Si el asegurado asistió a uno o varios programas, pero no lo(s) completó, por favor explique la(s) razón(es) en hoja aparte.

INFORMACIÓN ACERCA DE SU PRÁCTICA PROFESIONAL

Tipo de Practica: ☐ Empleado ☐ Independiente

HISTORIA LABORAL (ÚLTIMOS 5 AÑOS)

NOMBRE DEL EMPLEADOR

DESDE

HASTA

CIUDAD/PAÍS

TIEMPO PARCIAL

TIEMPO COMPLETO

Cédula jurídica 3-101-666929, licencia N° A13.

(506) 4102-7600

contacto@mnkseguros.com

www.mnkseguros.com

San José, Sabana, 100 metros este de la agencia Datsun-Nissan.

				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
En caso que el asegurado seleccione independiente:					
¿Emplea otros profesionales de la salud?		Sí ☐ No ☐			
¿En caso afirmativo, obtiene el Asegurado prueba fehaciente de cobertura por Responsabilidad Civil Profesional de estos profesionales?					Sí ☐
No ☐					
El asegurado es Propietario, Co-propietario, Socio, Accionista o Director Médico de alguna entidad para el servicio de salud: Sí ☐ No ☐					
NOMBRE ENTIDAD		CIUDAD/PAÍS		RELACIÓN	% TRABAJO PARA ENTIDAD
¿Cuál es la especialidad declarada del Asegurado?				% de la práctica:	
Practica alguna subespecialidad: Sí ☐ No ☐		Indique el nombre:			% de la práctica:
¿Ha habido algún cambio de especialidad, procedimientos, o actividades en la práctica en los últimos 5 años? Sí ☐ No ☐					
Si afirmativo, favor proveer detalles completos en una hoja aparte.					
¿Practica Usted alguna medicina alternativa? Sí ☐ No ☐					
Si afirmativo, por favor sírvase marcar todas las que apliquen:					
Naturopática ☐ %		Homeopática ☐ %		Medicina holística ☐ %	
Aleopática ☐ %		Medicina Oriental (incluyendo acupuntura) ☐ %		Medicina hindú (ayurvedica) ☐ %	
¿El asegurado realiza procedimientos quirúrgicos en su consultorio? Sí ☐ No ☐					
Si afirmativo, favor proveer detalles completos en una hoja aparte.					
¿El asegurado provee servicios profesionales médicos vía internet o cualquier otro medio de telemedicina? Sí ☐ No ☐					
Si afirmativo, favor proveer el % aproximado que este servicio constituye de su práctica total:				%	
El asegurado provee servicios médicos en:					
Sala de emergencias Sí ☐ No ☐		Cárcel/penitenciaria Sí ☐ No ☐		Domicilios particulares Sí ☐ No ☐	
Si afirmativo, favor proveer detalles completos en una hoja aparte					
¿Provee servicios como Director Médico de alguna institución? Sí ☐ No ☐					
Si afirmativo, favor proveer:		Nombre institución:		Ciudad:	
Tiene el asegurado cobertura separada como Director Médico de dicha institución: Sí ☐ No ☐					
Si afirmativo, favor proveer prueba fehaciente de dicha cobertura (Fotocopia de carátula de la póliza)					
¿En los últimos 5 años ha participado Usted en Ensayos Clínicos? Sí ☐ No ☐					
Si afirmativo, favor proveer detalles en una hoja aparte.					
HISTORIA					
Por favor, explique cualquier respuesta positiva en una hoja aparte.					
Alguna compañía le ha cancelado, declinado, no renovado su cobertura, sobre cargado su prima, o expedido su póliza con restricciones y/o exclusiones adicionales a las originales o recibido alguna comunicación con tal intención?					Sí ☐ No ☐
¿Ha habido algún reclamo o demanda por servicios médicos que se haya formulado en su contra?					Sí ☐ No ☐
Además de las situaciones indicadas arriba, tiene conocimiento de alguno de las siguientes circunstancias:					
1. Pedido de Historia Clínica por parte de un paciente, familiar del paciente, abogado, ¿o representante legal en relación a un resultado adverso o a un tratamiento del paciente?					Sí ☐ No ☐
2. ¿Una carta de un abogado en relación al tratamiento de un paciente?					Sí ☐ No ☐
3. ¿Un paciente, familiar o representante del paciente descontento con el resultado de un procedimiento, tratamiento o diagnóstico?					Sí ☐ No ☐
4. ¿Cualquier circunstancia que pueda razonablemente conducir a un reclamo o demanda, aún si el reclamo o demanda no tienen mérito?					Sí ☐ No ☐
Alguna vez se le ha negado, ¿suspendido, revocado, investigado o en cualquier forma limitado su licencia médica o su permiso para recetar Drogas?					Sí ☐ No ☐
¿Alguna vez ha sido multado, investigado, rechazado, censurado, restringido, suspendido o revocado por alguna asociación profesional médica, hospital, entidad médica educacional, ética o administrativa?					Sí ☐ No ☐
¿Alguna vez algún paciente, familiar o representante se ha quejado o formulado desagravios de cualquier tipo contra su persona ante un hospital o cualquier ente educacional, gubernamental, ético o administrativo?					Sí ☐ No ☐
Alguna vez ha sido condenado, se ha declarado culpable / no culpable, o ha entrado en algún acuerdo por una violación a alguna ley u ordenanza en relación a conducir bajo la influencia del alcohol o de alguna sustancia prohibida?					Sí ☐ No ☐
Alguna vez ha sido evaluado, recomendado para recibir tratamiento, diagnosticado o tratado por causa del alcohol, narcóticos o por el abuso de cualquier otra sustancia, adicción sexual, manejo de la rabia, enfermedad mental, incluyendo, pero no limitándose a la depresión y/o a la fatiga crónica?					Sí ☐ No ☐
¿Alguna vez ha sido acusado de falta de buena conducta sexual de cualquier tipo?					Sí ☐ No ☐
Se hace constar al solicitante que, si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte del mismo y tendrá el tenor de una Declaración Jurada.					
El solicitante tiene el deber de avisar a la compañía de seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada, quedando sujeto a la Cláusula de Reticencia y a la Cláusula de Agravación del Riesgo de las Condiciones Generales de la póliza.					
INDIQUE LA ESPECIALIDAD QUE EMPLEA Y LAS TÉCNICAS QUE EMPLEA.MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN. ASIGNE UN % HASTA SUMAR EL 100%					



☐ Alergología	%	☐ Genética	%	☐ Medicina Rural	%	☐ Patología	%
☐ Andrología	%	☐ Geriátría	%	☐ Nefrología	%	☐ Pediatría	%
☐ Cardiología	%	☐ Ginecología	%	☐ Neumología	%	☐ Psicoanálisis	%
☐ Clínica Médica	%	☐ Hematología	%	☐ Neurología	%	☐ Psiquiatría	%
☐ Citodiagnóstica	%	☐ Homeopatía	%	☐ Nutrición	%	☐ Radiología	%
☐ Dermatología	%	☐ Infectología	%	☐ Obstetricia	%	☐ Rehabilitación Física	%
☐ Diabetología	%	☐ Medicina Forense	%	☐ Obstetricia/ginecología	%	☐ Reumatología	%
☐ Ecografía	%	☐ Medicina Interna	%	☐ Oftalmología	%	☐ Salud Pública	%
☐ Endocrinología	%	☐ Medicina Legal	%	☐ Oncología	%	☐ Urología	%
☐ Farmacología	%	☐ Medicina Nuclear	%	☐ Ortopedia	%	☐ Vascular	%
☐ Fisiatría	%	☐ Medicina Ocupacional	%	☐ Osteología	%	☐ OTRO:	_____
☐ Gastroenterología	%	☐%		☐ Otorrinolaringología	%	☐	_____
☐		☐ Medicina Preventiva	%	☐			
☐							

CIRUGÍA

☐ Cirugía Mayor*☐ Asistir a otros en Cirugía Mayor a pacientes que no sean propios☐ Cirugía Plástica – Reconstructiva

☐ Asistir a otros en Cirugía Mayor a pacientes propios☐ Procedimientos obstétricos normales que no sean considerados como Cirugía Mayor

☐ Cirugía Plástica – Cosmética

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

☐Abdominoplastía ☐Acupuntura NO anestésica ☐Angiografía ☐Angioplastía ☐Arteriografía ☐Biopsia por punción*** ☐Broncoscopia ☐Cauterización**** ☐Cauterización ventrículo izquierdo ☐Circuncisión (Diferente a Neonatos) ☐Cirugía ortognática ☐Citoscopi ☐Colecistectomía ☐Colonoscopia ☐Colposcopia ☐Criocirugía ☐Cruoplastía ☐Cuidado de heridas	☐D & C ☐Dilatación esofágica mecánica o neumática ☐Discogramas ☐Dorsoplastía ☐Endoscopia diferente a Proctoscopia, ☐Fluroscopia ☐Gluteoplastía ☐Hemorroidectomía ☐Histeroscopia ☐Histeroscopia ☐Implantes de marcapasos permanentes ☐Implantes de pene ☐Inyecciones radiopáticas ☐Laparoscopia (Peritoneoscopia) ☐Lasers usados en terapia ☐Ligación de tubos ☐Lingangiografía ☐Lipectomía	☐Lipoescultura ☐Lipoinyección glútea ☐Liposucción ☐Medicina hiperbárica ☐Mielografía ☐Neumoenceleografía ☐Reducción de fracturas ☐Reparación de hernias ☐Ritidoplastía ☐Ritidoplastía ☐Roux-en Y (No bariátrica) ☐Sigmoidoscopia ☐Terapia de schok ☐Terapia endoscópica con láser ☐Terapia radiante ☐Tonsilectomía/Adenoidectomía ☐Vaginoplastía ☐Vasectomía
PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS /COSMÉTICOS/DERMATOLÓGICOS		
☐Bichetomía ☐Blefaroplastía ☐Braquioplastía ☐Cantopexia ☐Cervicoplastía ☐Chemobración ☐Dermobrasi3n ☐Escleroterapia ☐Frontoplastía ☐Ginecomastía ☐Hidrolipoclasia ☐Implante rodilla	☐Implantes pectorales ☐Láser de vena ☐Liposucción ☐Mentoplastía ☐Microdermabrasión ☐Elevaci3n cola de ceja ☐Exfoliaciones químicas ☐Inyecciones de botox ☐Inyecciones de colágeno ☐Inyecciones de silicona ☐Otoplastía ☐Rinoplastía	☐Septorinoplastía ☐Transplante de cabello ☐Transplante de grasa ☐Criocirugía (Superficial únicamente) ☐Dermatopatología (Diagnóstica) ☐Lipodisoluci3n / Mesoterapia ☐Mamoplastía (Aumento, reducci3n, pexia) ☐Rejuvenecimiento de la piel con láser ☐Microtransplante capilar ☐Remoci3n de cabello con láser ☐Remoci3n de glándulas supernumerarias OTRO:
OTROS PROFESIONALES		
☐Auxiliar de anestesia ☐Asistente de farmacéutico ☐Asistente de quiropráctico ☐Asistente de terapeuta ☐Asistente de terapeuta ☐Auxiliar de laboratorio ☐Auxiliar de radiología ☐Biólogo ☐Bioquímico ☐Citotécnico ☐Dietista ☐Director/Supervisor Laboratorio ☐Enfermera práctica	☐Enfermera profesional ☐Farmacéutico ☐Fisioterapeuta ☐Fonaudiólogo ☐Higienista dental ☐Instrumentista ☐Kinesiólogo ☐Mecánico dental ☐Nutricionista ☐Odontólogo – Sin cirugía ☐Óptometra ☐Paramédico ☐Podólogo	☐Psicólogo ☐Técnico en calzado ortopédico ☐Técnico en órtesis y prótesis ☐Técnico en imágenes (CT, Ecografía, MRI, Rayos X) ☐Técnico en emergencia médicas ☐Técnico en optometría ☐Técnico de terapia física ☐Técnico de EEG/EKG ☐Terapeuta físico ☐Terapeuta ocupacional ☐Terapeuta de respiraci3n ☐Terapeuta del lenguaje ☐Trabajador social OTRO:
*Cirugía Mayor: Incluye operaciones en o sobre cualquier cavidad corporal, incluyendo, pero no limitándose al cráneo, t3rax, abdomen o pelvis, o cualquier otra operaci3n que, debido a la condici3n del paciente, o al tiempo, o a las circunstancias de la cirugía presente un peligro marcado a la vida. Tambi3n incluye remoci3n de cualquier glándula u 3rgano, remoci3n de tumores, amputaciones, fracturas de hueso, cirugía plástica y cualquier cirugía efectuada utilizando Anestesia General. Serán consideradas como Cirugía Mayor las cesáreas, las anexectomías y las amigdalectomías (tonsilectomías).		
**Cirugía Menor: Incluye las cirugías no clasificadas como Cirugía Mayor. Tambi3n incluye: • Procesos obstétricos no clasificados como Cirugía Mayor • La asistencia a otros medicos en pacientes propios		
***Biopsia por Punci3n: Incluye pulm3n, hígado, riñones y próstata, pero no incluye médula ósea.		
****Cauterizaci3n: Arterial, cardiaca o diagn3stica - No incluye: • Inserci3n ocasional y por emergencia de catéteres para registrar presi3n o marcapasos temporales. • Cauterizaci3n de la uretra. • Cauterizaci3n del cord3n umbilical para prop3sitos de diagn3stico, o para monitorear gases de reci3n nacidos que est3n recibiendo oxígeno.		
En caso de Usted haber tenido cobertura de RC Profesional vigente durante el último año, por favor sírvase especificar:		
Nombre de la aseguradora:		



Vigencia:	Desde:	Hasta:	Base de Cobertura:	☐ Ocurrencia	☐ Reclamo (Claims Made)
Suma asegurada:			Deducible:		

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO					
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO			Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐		
			Desde: _____ Hasta: _____		

ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES		
COBERTURAS Y MONTOS SOLICITADOS		
COBERTURA BÁSICA		SUMA A ASEGURAR
Cobertura Básica	Responsabilidad Civil Médica	
Cobertura Adicional ☐	Lucro Cesante del Asegurado	
Límite Agregado Anual:		
¿Solicita Fecha de Retroactividad? Sí ☐ No ☐		
Fecha solicitada: Mes: _____ Día: _____ Año: _____		
¿A partir de la fecha de retroactividad, ha cambiado su práctica profesional en alguna forma: Sí ☐ No ☐		
Si su respuesta es afirmativa, por favor explique detalladamente en hoja aparte, incluyendo lugares y fechas.		

OTROS TEMAS	
Trámite: ☐ Emisión ☐ Variación	Moneda: ☐ Colones ☐ Dólares
MODO DE PAGO DE LA PRIMA	

☐ Cargo Automático a tarjeta de débito/ crédito
☐ Directo en caja y/o cobro en línea (se debe adjuntar el formulario de autorización).
☐ Deducción de cuenta bancaria del cliente
☐ Depósito en cuentas de MNK SEGUROS (se debe adjuntar el formulario de autorización).

PLURALIDAD DE SEGUROS		
¿Mantiene actualmente seguro de R.C. Profesional de Médicos? Sí ☐ NO ☐	Entidad aseguradora:	Número de póliza:
	En caso afirmativo, favor indicar vigencia: DESDE: _____ HASTA: _____	
¿Se ha presentado alguna reclamación contra usted o contra algún asistente en los últimos cinco (5) años?	Sí ☐ NO ☐	En caso afirmativo, favor indicar detalles en documento separado.

DECLARACIONES		
- Declaro como solicitante mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy es veraz, objetiva, no es reticente ni falsa sobre hechos o circunstancias que conocidos por MNK SEGUROS hubiera influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones; reconozco que, de haber reticencia o falsedad, se producirá nulidad del contrato. Asimismo, me comprometo a tomar las medidas de precaución y de prevención, oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar mi interés asegurable en el desempeño de mi profesión. Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la póliza emitida por MNK SEGUROS. Esta solicitud no obliga a MNK SEGUROS a emitir la póliza solicitada en mi condición de tomador de la misma. - Entiendo que las declaraciones con falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la normativa vigente. - Me obligo con MNK SEGUROS a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tales efectos tenga dispuesto. - Autorizo a MNK SEGUROS en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 8204, todo lo relativo a mi información. Asimismo, autorizo a MNK SEGUROS para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras de bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido. - Me comprometo a mantener informado a MNK SEGUROS sobre cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a la información declarada en este formulario mientras exista una relación comercial y contractual entre las partes.		
PROCESO DE ANÁLISIS (ACEPTACIÓN O RECHAZO) USO EXCLUSIVO DE MNK SEGUROS		
La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos de MNK SEGUROS deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si MNK SEGUROS no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, MNK SEGUROS deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de 2 meses.		
ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐	Fecha:	Observaciones:
FUNCIONARIO AUTORIZADO:	INSTANCIA/DEPARTAMENTO:	NOTA: El solicitante tendrá derecho a recibir información sobre el estatus de esta solicitud o bien solicitar reconsideración sobre una decisión disconforme, para lo cual podrá dirigirse al mismo funcionario y departamento que ha firmado este proceso de análisis (aceptación o rechazo). MNK SEGUROS deberá responder dentro de los siguientes 30 días naturales contados desde la última comunicación recibida. Las comunicaciones serán regidas por la cláusula de comunicaciones establecida en Condiciones Generales

INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO			
Declaro como solicitante haber recibido o tenido acceso a la información relativa al contrato de seguro previo al perfeccionamiento del seguro; particularmente he tenido acceso a las Condiciones Generales de este seguro y manifiesto haberlas entendido, aceptándolas con la firma de la presente solicitud de seguro. - He sido informado que: a) Una vez suscrito el contrato, se me entregará la póliza de seguro correspondiente; b) Tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones, y; c) Puedo además consultar las Condiciones Generales a través de la dirección electrónica: www.mnkseguros.com.			
FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:		LUGAR: _____ FECHA: _____
	Nombre: _____ Puesto: _____	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	
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 G08-06-A13-659 V4.0 de fecha 17 de septiembre 2025.			