

**La Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica,  
en relación con la Póliza Colectiva de Vida, informa**

La Junta Directiva del Colfar hace llegar a ustedes información general sobre la póliza colectiva de vida con la que están cubiertos todos (as) los (as) colegiados (as), así como los formularios digitales para nombrar sus beneficiarios (as) en ésta póliza colectiva de vida.

**INFORMACIÓN GENERAL:**

**Póliza:**

**Colectiva de Vida N°. 240** del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica con Pan-Américan Life Insurance de Costa Rica S.A.

**Cobertura por muerte:**

**₡8.000.000 (ocho millones de colones)**

**Beneficios adicionales:**

- a. **Adelanto de Capital por Enfermedad Terminal:** Se pagará el equivalente al **50% de la cobertura por muerte**, aplicable a la persona asegurada en la fecha en la que se le certificó que sufría una enfermedad terminal.
- b. **Beneficio de Anticipo para Gastos Funerarios:** Hasta la cantidad de **₡1.000.000 (un millón de colones)** pagaderos contra la factura de la funeraria, una vez se presente el Certificado de Defunción. Esta cantidad será descontada del Seguro de Vida y la diferencia será pagada a los (as) beneficiarios (as) designados (as).

**FORMULARIOS DIGITALES: (estarán también disponibles en la pagina web)**

1. **Formulario de beneficiarios Póliza de vida – Colfar – Marzo 2019:** Este formulario se adjunta en **formato Excel y en pdf**. Debe venir

**firmado por el (la) colegiado (a) y contar con una de las siguientes opciones de verificación de firma:**

- a. Ser **firmado por medios digitales** (Firma Digital) y enviado en el formato electrónico idóneo, que permita la normativa vigente, al correo polizadevida@colfar.com. Documentos con firma electrónica presentados únicamente de forma impresa, no tienen validez.
- b. Ser **firmado en presencia de uno (a) de los (as) funcionarios (as)** que el Colfar haya autorizado para tal fin, quien a su vez debe anotar sus datos y firmar.
- c. Ser **firmado a distancia** y en manuscrito por el (la) colegiado (a) y venir debidamente **autenticada la firma por abogado (a) o notario (a)** conforme a los procedimientos y requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico vigente a la fecha de la firma del documento.

**2. Formulario Palig – Actualización de beneficiarios:** Este es un formulario en **formato pdf**. Este formulario **es obligatorio y debe acompañar al formulario anterior #1**, debe ser **firmado por el (la) colegiado (a)**, pero **no requiere verificación de firma**. La información de beneficiarios **debe coincidir con la del formulario #1**.

**3. Formulario Palig – Tarjeta de Enrolamiento:** Este es un formulario en **formato pdf**. Lo deben llenar **únicamente los (as) nuevos (as) colegiados (as) que se incorporan** al Colegio y por ende a la Póliza Colectiva de Vida. Este formulario debe acompañar al formulario anterior #1, debe ser **firmado por el (la) colegiado (a)**, pero **no requiere verificación de firma**. La información de beneficiarios **debe coincidir con la del formulario #1**. Se deben llenar únicamente los espacios marcados con "x"

## **TRÁMITE DE INDEMNIZACIONES POR FALLECIMIENTO:**

Presentar al Colfar:

1. **Certificado de Defunción Original**, emitido por el Registro Civil, donde indique la causa de la muerte. En caso de defunción fuera

del territorio nacional deberá aportarse el certificado original del lugar donde ocurrió el fallecimiento, que cumpla con los requerimientos formales para su validez en el país.

2. Fotocopia de la **cédula de la persona que falleció.**
3. Fotocopia de la **cédula de los (as) beneficiarios (as).**
4. Boleta (que les será entregada en el Colfar) firmada por los (as) beneficiarios (as), en donde **autorizan la revisión de los expedientes médicos de la persona fallecida.**

En caso de consultas relacionadas con la póliza, pueden dirigirse **al 2297-0676** o al correo [polizadevida@colfar.com](mailto:polizadevida@colfar.com)

**Marzo 2019**