



DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Tomador de Seguro: _____

Número de Póliza: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo					
N° Identificación:			Ocupación o actividad económica:		
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Edad:	Nacionalidad:		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta :					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Celular:	
Dirección Electrónica:					
Nombre del Patrono:				Teléfono del Patrono:	
Monto Asegurado _____		Lugar de residencia:		Fecha de ingreso al grupo:	
¿Usted contaba o cuenta con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
Nombre de la compañía _____				N° de póliza _____	

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Al momento de ser incorporado en la Póliza, Usted deberá hacer una designación de beneficiario (s) el (los) cual (es) puede cambiar en cualquier momento siempre que la póliza esté en vigor.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato.

BENEFICIARIOS	Expresar claramente los nombres, parentesco o interés con el Asegurado							
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:	
	Provincia:		Cantón:		Dirección electrónica:			
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:	
	Provincia:		Cantón:		Dirección electrónica:			
	Si se contrata la cobertura de Vida Conjunta, indique el nombre del cónyuge o conviviente del Solicitante y en el cuadro los respectivos beneficiarios							
	Primer apellido			Segundo apellido:		Nombre:		
	Tipo de Identificación:			Número de Identificación:		Fecha de nacimiento		
Expresar claramente los nombres, parentesco o interés con el cónyuge o conviviente.								
Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:		
Provincia:		Cantón:		Dirección electrónica:				
Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:		
Provincia:		Cantón:		Dirección electrónica:				
Firma del Cónyuge o conviviente aceptando su inclusión en la póliza y la designación de beneficios _____								

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el seguro dentro de un plazo que no excederá treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 los registros número P14-26-A01-074 V5.0 (colones) y P14-26-A01-075 V5.0 (dólares) ambos de fecha 21 de mayo del 2015.

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza. Así mismo, declaro que estoy enterado (a) de que puedo contratar este seguro por mi cuenta, directamente en cualquier entidad aseguradora o a través de cualquier corredor de seguros del país. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador del Seguro a incorporarme en esta póliza.

He recibido el certificado de seguro, el cual me fue entregado, leído en forma clara y ampliamente indicado y manifiesto haberlo entendido.

NOMBRE DEL INTERMEDIARIO: _____

FIRMA Y N° IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: _____

FECHA: _____

Para uso exclusivo del Instituto:

Revisado por:

Autorizado por:



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTE

Nombre del Producto: _____

Yo _____ portador (a) de la identificación N° _____, en calidad de: Solicitante/Asegurado: _____ Dependiente: _____ Beneficiario: _____, 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: _____

La documentación contractual y la nota técnica que integran los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros:

INS Viajero con Asistencia en Dólares P16-33-A01-019 de fecha 16/11/2009

INS Viajero con Asistencia para Estudiantes P16-35-A01-015 de fecha 27/11/2009

Seguro Básica de Accidentes Monto Nivelado Colones P16-33-A01-059 de fecha 16/12/2009 - Dólares P16-33-A01-060 de fecha 16/12/2009

Seguro Colectivo de Accidentes para Asientos de Vehículos Colones P16-33-A01-042 de fecha 07/12/2009

Seguro de Accidentes para Estudiantes P16-33-A01-044 de fecha 08/12/2009

Seguro de Gastos Médicos del INS P16-35-A01-143 de fecha 23/02/2010

Seguro de Protección Crediticia Colones P14-26-A01-080 de fecha 28/12/2009 - Dólares P14-26-A01-081 de fecha 28/12/2009

Seguro de Protección Crediticia Monto Original Colones P14-26-A01-136 de fecha 15/02/2010 - Dólares P14-26-A01-137 de fecha 08/02/2010

Seguro de Protección Crediticia para Tarjetahabientes Colones P16-33-A01-088 de fecha 06/01/2010 - Dólares P16-33-A01-089 de fecha 06/01/2010

Seguro de Vida Global en Colones P14-25-A01-128 de fecha 01/02/2010 – Dólares P14-25-A01-129 de fecha 01/02/2010

Seguro de Vida Temporal Plus en Colones P14-25-A01-103 de fecha 15/01/2010 - Dólares P14-25-A01-104 de fecha 14/01/2010

Seguro de Vida Tradicional Colectiva Colones P14-26-A01-074 de fecha 28/12/2009 - Dólares P14-26-A01-075 de fecha 28/12/2009

Seguro INS Medical Internacional Grandes Deducibles P16-35-A01-092 de fecha 05/01/2010

Seguro INS Medical Internacional P16-35-A01-072 de fecha 05/01/2010

Seguro INS Medical Regional P16-35-A01-113 de fecha 27/01/2010

Seguro para Viajeros en Colones P16-33-A01-040 de fecha 04/12/2009 - Dólares P16-33-A01-041 de fecha 04/12/2009

Seguro Viajero Frecuente en Dólares P16-33-A01-047 de fecha 10/12/2009

Fecha:

Nombre

Firma y N° Identificación