

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por lo 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.

LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD DE SEGURO:

LUGAR:

FECHA: DÍA: MES: AÑO:

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Tomador de Seguro:

Número de Póliza:

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro:

N° Identificación: Profesión: Ocupación:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Sexo: Masculino Femenino

País: Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Teléfono Oficina: Teléfono Celular: Teléfono Domicilio: Correo electrónico:

Monto Asegurado:

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 solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

BENEFICIARIOS

Expresé claramente los nombres, parentescos o interés con el Asegurado

| N° | Nombre | Tipo de Identificación (Cédula, DIMEX, DIDI, Pasaporte, Otro) | N° de Identificación | Parentesco | Porcentaje |
|----|--------|---|----------------------|------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Si se contrata la cobertura de Vida Conjunta, indique el nombre del cónyuge o conviviente del solicitante, el tipo y número de identificación y en el cuadro los respectivos beneficiarios:

| N° | Nombre: | Tipo de Identificación (Cédula, DIMEX, DIDI, Pasaporte, Otro) | N° de Identificación | Parentesco | Porcentaje |
|----|---------|---|----------------------|------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Firma del Cónyuge o conviviente aceptando su inclusión en la póliza y la designación de beneficiarios:

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

VIGENCIA SOLICITADA SEGURO:

Desde:

Hasta:

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado:

OTROS TEMAS

Marque cada ítem de la lista

Declaro que la información brindada y detallada en este documento es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad, dando como resultado la terminación del contrato de seguros, de conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador a incorporarme en esta póliza. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grave y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización y asistencias.

Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del Asegurado a una base, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas. El INS podrá trasladar los datos a sus colaboradores, partes vinculadas, proveedores, intermediarios y socios comerciales, y a las empresas que conforman el Grupo INS, con el fin de ejecutar el contrato u ofrecer productos o servicios adicionales, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos. El INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas. Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el Asegurado tiene derecho a la rectificación, restricción o supresión de sus datos de la base conformada por el INS, sin que ello afecte los datos registrados en los contratos.

Firma del Solicitante

PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requisitos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por éste dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En caso de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder dos meses. El Asegurado podrá consultar el resultado o avance de su solicitud con su intermediario de seguros o mediante los medios que se indican al pie de la página.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

Las Condiciones Generales de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com

Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico contactenos@grupoins.com. Nuestras oficinas centrales se encuentran ubicadas en San José, Central, calles 9 y 9 Bis, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.

El Asegurado declara que recibió la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesta que las ha entendido, las acepta libremente y entiende que, al suscribir su solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.

| | |
|---|---|
| Lugar y Fecha: | Firma y número de identificación del solicitante: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Lugar y Fecha: | Firma y número de identificación del representante del Tomador: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Nombre completo y el cargo: |
| | <input type="text"/> |
| En mi calidad de intermediario de seguros, doy fe que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para el riesgo descrito, desde mi perspectiva no existen agravaciones para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva aceptar o rechazar el aseguramiento. | |
| Nombre, firma y número de intermediario (o representante de sede del INS): | |
| <input type="text"/> | |

Para uso exclusivo del Instituto:

Revisado por:

Autorizado por:

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, 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 el registro número: P14-26-A01-884 V6 de fecha 06 de abril del 2024.