



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**SEGUROS GENERALES**

**SOLICITUD PARA UN SEGURO DE FIDELIDAD**  
 COTIZACIÓN  EMISIÓN  VARIACIÓN  
PÓLIZA N° \_\_\_\_\_

<b>DATOS DEL TOMADOR</b>	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Nombre o razón social:					
	Tipo de Identificación:				Estado Civil:	
	<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro : _____	
	N° de Identificación		Ocupación o actividad económica:			
	Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:		Sexo:	
	Día / Mes / Año				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
	Provincia:		Cantón:		Escolaridad:	
					<input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario	
	Dirección exacta:					
	Calle:		Avenida:		Otras señas:	
	Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
	Teléfono Celular:		Teléfono Celular:		Teléfono Celular:	
Ingreso mensual aproximado:		Sitio Web.:		Dirección Electrónica:		
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		N° de Fax:		
Cuenta Cliente:		Banco Emisor:		Cantidad de Empleados (sólo para Empresas):		

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Nombre o razón social:					
	Tipo de Identificación:				Estado Civil:	
	<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro : _____	
	N° de Identificación		Ocupación o actividad económica:			
	Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:		Sexo:	
	Día / Mes / Año				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
	Provincia:		Cantón:		Escolaridad:	
					<input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario	
	Dirección exacta:					
	Calle:		Avenida:		Otras señas:	
	Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
	Teléfono Celular:		Teléfono Celular:		Teléfono Celular:	
Ingreso mensual aproximado:		Sitio Web.:		Dirección Electrónica:		
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		N° de Fax:		
Cuenta Cliente:		Banco Emisor:		Cantidad de Empleados (sólo para Empresas):		

<b>BENEFICIARIOS</b>	<b>EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS: PARENTESCO O INTERÉS CON EL SOLICITANTE</b>							
	Advertencia en caso de Muerte del Asegurado:							
	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 y 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, quién en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios de un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.							
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M							
	Fecha de nacimiento:		Dirección:		Otras señas:			
			Provincia:		Cantón:			
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M								
Fecha de nacimiento:		Dirección:		Otras señas:				
		Provincia:		Cantón:				
Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:	
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M								
Fecha de nacimiento:		Dirección:		Otras señas:				
		Provincia:		Cantón:				

<b>NOTA</b>	Los datos requeridos en el presente formulario son indispensables para la valoración del riesgo a proteger, no son excluyentes con otros formularios que requieran de similar información.
-------------	--

<b>OTRAS ASEGURADORAS</b>	<b>INDIQUE SI TIENE PÓLIZAS SUSCRITAS CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre de la Compañía Aseguradora: _____ Número de póliza suscrita: _____
---------------------------	--

<b>FORMA DE ASEGURAMIENTO</b>	<b>INDICAR SI SE ASEGURA POR CUENTA PROPIA O POR CUENTA DE UN TERCERO</b> <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero
-------------------------------	---

<b>DATOS DE PÓLIZA</b>	<b>CONDUCTO DE COBRO</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>PLAN DE PAGO</b>	<b>SEGURO EN</b>	<b>INTERMEDIARIO</b>	
	<input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático <input type="checkbox"/> Sede INS <input type="checkbox"/> Tarjeta <input type="checkbox"/> Agencia Bancaria <input type="checkbox"/> Cuenta <input type="checkbox"/> Sociedad Bancaria	DESDE: / /      HASTA: / / Día Mes Año      Día Mes Año Código conducto de cobro: _____	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares USD	Intermediarios / Sede INS:  Código de Intermediario / Sede INS:	
			<b>MONTO ASEGURADO</b>			
			_____			

<b>REFERENCIAS</b>	Nombre	Dirección exacta	Ocupación actual
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

<b>ASPECTOS LABORALES</b>	Tipo de negocio del Beneficiario: _____	Antigüedad al servicio del empleador actual: _____
	Empleo inmediato anterior: _____	
	Causas que originaron el cambio de empleo: _____	

<b>ÚLTIMOS TRES EMPLEOS</b>	<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>	<b>NOMBRE DEL PATRONO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>PUESTO DESEMPEÑADO</b>	
	Mes    Año	Mes    Año				

<b>OTROS DATOS</b>	¿Desea cobertura fuera del territorio nacional? Nota: La aceptación queda supeditada a la aprobación por parte del Instituto Nacional de Seguros.		
	Sueldo mensual actual: _____	Comisiones actuales: _____	¿Tiene otros ingresos?. En caso positivo indique detalles (fuente, estimado mensual, registrado ante Hacienda, etc.):    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿Está autorizado para firmar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibe mercancía en consignación y usted firma los recibidos?. En caso positivo indique detalles: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene usted bienes muebles (vehículos de cualquier tipo) y/o inmuebles?. En caso afirmativo, detalle motivo de adquisición, estado y valor actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		
	¿Están dados en garantía?. En caso afirmativo, indique cuáles, el monto garantía y grado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

- Formulario Conozca a su Cliente para Persona Física o Jurídica
- Personería Jurídica
- Fotocopia cédula Física Nacional, Residencia o pasaporte del Tomador y/o Asegurado o el Representante Legal y/o apoderado de la Empresa en Persona Jurídica.
- Recibo de Servicio Público del Tomador y/o Asegurado o el Representante Legal y/o apoderado de la empresa en Persona Jurídica.
- Constancia de salario del solicitante o certificación de ingresos extendida por un contador Público Autorizado.
- Firma de letra de cambio, en los casos que se requieren fiadores.
- Presentar el formulario "Informe del Patrono".
- Presentar el formulario "Datos del Fiador" (en caso de requerirse)
- Constancia de salario del fiador o certificación de ingresos extendida por un Contador Público Autorizado.
- Presentar las contra garantías que le sean requeridas.

REQUISITOS EN CASO DE SINISTRO

- En caso de que se presente siniestro amparable bajo el Seguro de Fidelidad, el asegurado deberá:
- Dar aviso de siniestro por escrito.
  - Presentar Denuncia ante la Autoridad competente (de requerirse).
  - Presentar Detalle de pérdidas.

NOTIFICACIÓN DEL EVENTO

**En caso de un evento comunicarse al teléfono 800 - TELEINS (800-835-3467), fax 2221-2294 o a la dirección: [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com)**

El Instituto Nacional de Seguros, en lo sucesivo denominado el Instituto, de acuerdo con las condiciones especiales, generales y particulares, y con base en las declaraciones hechas por el Asegurado, se constituye en Asegurador de: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (denominado en lo sucesivo el Asegurado) por las responsabilidades pecuniarias en que pudiera incurrir en el servicio del puesto de: \_\_\_\_\_

Ante: \_\_\_\_\_  
 (denominado en lo sucesivo el Beneficiario), a partir del día con que se inicia la vigencia y hasta el término señalado, ambos días inclusive. Se entiende que esta póliza no surtirá efecto y se considerará nula desde la fecha de expedición, si cualquier jefe del Asegurado, habiendo tenido conocimiento de actos u omisiones indebidos del mismo en funciones de éste u otro cargo, no los hubiera puesto en conocimiento del Instituto antes de otorgar la presente póliza. Cualquier falsedad, ocultamiento, o hecho doloso en la información suministrada por el Asegurado y/o Beneficiario para emitir esta póliza, la deja sin efecto y nula desde la fecha de su expedición. El Instituto, por el hecho de satisfacer esta póliza, llegado el caso, quedará subrogado en todos los derechos, acciones y privilegios del Beneficiario resarcido contra el Asegurado, hasta por el monto de lo pagado a tal Beneficiario, intereses legales y demás accesorios.

OBSERVACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

Blank space for observations from the policyholder or insured.

OBSERVACIONES DEL INTERMEDIARIO

Blank space for observations from the intermediary.

NOTIFICACIONES

Señale el medio por el cual desea ser notificado.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Fax: \_\_\_\_\_

Apartado o Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


Recuerde mantener actualizados sus datos

**DECLARACIONES DEL SOLICITANTE**

El suscrito solicitante, se compromete, incondicional e irrevocablemente a reembolsar al Instituto, cualquier suma con sus intereses, que pague como consecuencia de la responsabilidad que asume al emitir esta póliza, de conformidad con el artículo 8 de la Ley N° 40 del 30 de marzo de 1931 "Seguro de Fidelidad". Renunciando a requerimientos de pago, domicilio y trámites del juicio ejecutivo y acepta como título ejecutivo en su contra la certificación del adeudo emitida por el Jefe de la Sede del Instituto que haya tramitado el reclamo, conforme al artículo 6 de la citada ley.

Declaro, que toda la información anterior que ha sido dictada por mí, es completa y verdadera, y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito y que cualquier contestación falsa o inexacta causará la nulidad de la misma.

**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.**

Firma y cédula del Asegurado	Firma y cédula del Tomador	Firma del Intermediario	Firma del Gerente General
En caso de persona jurídica indique además el nombre y cargo del firmante.  _____ Firma y número de cédula  _____ Lugar y Fecha de firma  Nombre: _____ Cargo: _____	En caso de persona jurídica indique además el nombre y cargo del firmante.  _____ Firma y número de cédula  _____ Lugar y Fecha de firma  Nombre: _____ Cargo: _____	En mi calidad de Intermediario de comercialización, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fe de que he revisado el riesgo descrito y que desde mi perspectiva no existen agravaciones o limitaciones para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva aceptar o rechazar el aseguramiento.  _____ Firma y número del Intermediario  Fecha: _____ Hora: _____	INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS    MBA. Luis Fernando Campos Montes Gerente General a.i. Cédula Jurídica 4-000-001902

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL INSTITUTO**

<b>OBSERVACIONES</b>	
----------------------	--

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SUSCRIPTOR:

Riesgo aceptado por:	Revisado por:
Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Intermediario: _____	Nombre: _____ Firma: _____ Sello: _____

**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 G10-13-A01-010 VLRCS (colones) y G10-13-A01-011 VLRCS (dólares) de fecha 10 de noviembre de 2011, así como los registros de No Adhesión GRG-LG-A01-259 VLRCS (colones) y GRG-LG-A01-260 VLRCS (dólares) de fecha 19 de enero de 2012.**