

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

LUGAR, FECHA, Y HORA DE EMISIÓN DEL SEGURO O DE LA SOLICITUD DE ENDOSO:

LUGAR: HORA:

FECHA: DÍA: MES: AÑO:

DATOS DEL SOLICITANTE DEL SEGURO

DATOS DEL TOMADOR

Nombre completo (primer apellido, segundo apellido, nombre):

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: N° Identificación:

Fecha de nacimiento: Nacionalidad: Género: F M Otro: Ocupación o Actividad económica:

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Otro:

País: Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta de domicilio:

Teléfono oficina: Teléfono domicilio: Teléfono celular:

Correo electrónico: Relación con el asegurado: Familiar Comercial Laboral Otro:

DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA FÍSICA)

1er Apellido: 2do Apellido: Nombre:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: N° Identificación:

Fecha de nacimiento: Nacionalidad: Género: F M Otro:

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Otro:

Dirección exacta de domicilio:

País: Provincia: Cantón: Distrito:

Teléfono oficina: Teléfono domicilio: Teléfono celular:

Correo electrónico: Profesión u ocupación:

DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA JURÍDICA)

Razón Social: Nombre Comercial:

Tipo de identificación: Nacional Extranjera Gobierno Institución autónoma N° Identificación:

Actividad:

Dirección exacta de domicilio:

País: Provincia: Cantón: Distrito:

Teléfonos:

Correo electrónico:

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: www.grupoins.com / Consultas: contactenos@grupoins.com / Defensoría del Cliente Corporativa: defensoria@grupoins.com / Teléfono: 2287-6161 / 800-DEFENSORÍA (800- 33 33 67 42).

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR**REFERENCIAS**

| Nombre | Dirección exacta | Ocupación actual |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ASPECTOS RELACIONADOS AL RIESGO**ASPECTOS LABORALES**

Tipo de negocio del Beneficiario: Antigüedad al servicio del empleador actual:

Empleo inmediato anterior:

Causas que originaron el cambio de empleo:

ÚLTIMOS EMPLEOS

| Desde | | Hasta | | Nombre del patrono | Dirección | Puesto desempeñado |
|-------|-----|-------|-----|--------------------|-----------|--------------------|
| Mes | Año | Mes | Año | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

OTROS DATOS

Sueldo mensual actual: Comisiones actuales: ¿Tiene otros ingresos?. En caso positivo indique detalles (fuente, estimado mensual, registrado ante Hacienda, etc): SÍ NO

¿Está autorizado para firmar? SÍ NO ¿Recibe mercancía en consignación y usted firma los recibidos?. En caso positivo indique detalles: SÍ NO

¿Tiene usted bienes muebles (vehículos de cualquier tipo) y/o inmuebles?. En caso afirmativo, detalle motivo de adquisición, estado y valor actual: SÍ NO

¿Están dados en garantía?. En caso afirmativo, indique cuáles, el monto garantía y grado: SÍ NO

BENEFICIARIOS**PERSONA FÍSICA**

Nombre: Identificación:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro:

Fecha de nacimiento: Parentesco o interés: Porcentaje:

Nombre: Identificación:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro:

Fecha de nacimiento: Parentesco o interés: Porcentaje:

PERSONA JURÍDICA

Razón Social: Cédula Jurídica:

Tipo de identificación: Nacional Extranjera Gobierno Institución autónoma Otro:

Fecha de constitución: Interés: Porcentaje:

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: www.grupoins.com / Consultas: contactenos@grupoins.com / Defensoría del Cliente Corporativa: defensoria@grupoins.com / Teléfono: 2287-6161 / 800-DEFENSORÍA (800- 33 33 67 67 42).

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

Desde: Hasta:

DATOS PÓLIZA (ELECCIÓN DE OPCIONES)

| Forma de pago | Recargo | | COBERTURAS | SUMA ASEGURADA |
|---|---------|---------|---|---|
| | Colones | Dólares | | Monto asegurado de la cobertura de Fidelidad: |
| <input type="checkbox"/> Anual | -- | -- | Cobertura básica (Única): FIDELIDAD | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Semestral | 8% | 5% | | MONEDA |
| <input type="checkbox"/> Trimestral | 11% | 7% | <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares | <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia |
| <input type="checkbox"/> Mensual | 13% | 9% | | <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero |
| <input type="checkbox"/> Dedución Mensual | -- | -- | | |

¿Desea cobertura fuera del territorio nacional? Sí No

Nota: La aceptación queda supeditada a la aprobación por parte del Instituto Nacional de Seguros.

PRIMA DEL SEGURO

| | | | | |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Sub Total: | Experiencia Sinistral: | Otro (aclare): | I.V.A.: | Total: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

OTROS TEMAS

TIPO DE TRÁMITE

COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN N° DE PÓLIZA:

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.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

El suscrito Tomador de seguro, se compromete, incondicional e irrevocablemente a reembolsar al Instituto, cualquier suma con sus intereses, que pague como consecuencia de la responsabilidad que asume al suscribir 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 Representante de la Sede del Instituto que haya tramitado el reclamo, conforme al artículo 6 de la citada ley.

CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

El INS incluirá los datos del Asegurado y/o Tomador 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 Financiero 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 tomador o asegurado tienen 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.

Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grave y utilice las llamadas telefónicas que se realicen al INS, incluyendo las que se hagan a las líneas de servicio 800-800-8000, 800 Teleins (800-8353467) para el reporte del evento, 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.

Autorizo al INS para acceder a bases de datos de empresas comercializadoras y entidades públicas u otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo la fotografía del documento de identidad y otros, permitidos de conformidad con la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968.

Firma:

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

1. Solicitud de aseguramiento debidamente cumplimentada.
2. Constancia de salario del solicitante o certificación de ingresos extendida por un Contador Público Autorizado.
3. Firma de letra de cambio, en los casos que se requieran fiadores.
4. Presentar el formulario "Informe del Patrono".
5. Presentar el formulario "Datos del Fiador" (en caso de requerirse).
6. Constancia de salario del fiador o certificación de ingresos extendida por un Contador Público Autorizado.
7. Presentar las contra garantías que le sean requeridas.

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: www.grupoins.com / Consultas: contactenos@grupoins.com / Defensoría del Cliente Corporativa: defensoria@grupoins.com / Teléfono: 2287-6161 / 800-DEFENSORÍA (800- 33 33 67 42).

NOTAS IMPORTANTES

1. En caso de un evento, comunicarse al teléfono 800-TELEINS (800-835-3467), o a la dirección: contactenos@grupoins.com
2. 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.

OBSERVACIONES

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 (30) días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud 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 (2) meses. El Asegurado podrá consultar el resultado o avance de su solicitud con su intermediario de seguros o mediante los medios que se indican en el pie de página.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

He recibido la información previa al perfeccionamiento y las Condiciones Generales de este seguro, las cuales me fueron explicadas por el intermediario de seguros, abajo firmante; manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud el seguro podrá ser emitido en esas condiciones. Además se me ha informado que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de las Condiciones Generales de este seguro, sus modificaciones y adiciones y que además puedo consultarlas a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS. Declaro que la información anterior es verídica, completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito.

FIRMA Y CÉDULA DEL ASEGURADO O TOMADOR

Declaro que la información provista en este formulario es fiel y verdadera, por tanto, acepto que cualquier omisión o falsedad en los datos suministrados causaría la cancelación de los contratos de seguros; asimismo, mientras exista una relación comercial, me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información.

Firma:

Cédula:

En caso de persona jurídica, indicar además:

Nombre:

Cargo:

Lugar y fecha:

FIRMA DEL INTERMEDIARIO O REPRESENTANTE SEDE DEL INS

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.

DATOS DEL INTERMEDIARIO

Nombre completo:

Nº de cédula:

Nº de intermediario:

En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma:

Firma:

Fecha: Hora:

Datos del Representante Sede del INS

Nombre completo:

Firma:

REVISADO POR:

Nombre:

Firma:

Sello:

RIESGO ACEPTADO POR:

Firma:

Nombre:

Fecha: Hora:

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 los registros número G10-013-A01-010 de fecha 2 de Julio del 2022.

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: www.grupoins.com / Consultas: contactenos@grupoins.com / Defensoría del Cliente Corporativa: defensoria@grupoins.com / Teléfono: 2287-6161 / 800-DEFENSORÍA (800- 33 33 67 67 42).