



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCIÓN DE SEGUROS GENERALES

SOLICITUD PARA UN SEGURO DE FIDELIDAD

COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN

PÓLIZA N° _____

Primer Apellido:										Segundo Apellido:										Nombre Completo:																			
Nombre o razón social																																							
Tipo de Identificación										<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma										Estado Civil:																			
N° de Identificación										Ocupación o actividad económica:										<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 : _____																			
Fecha de nacimiento										Nacionalidad:										Sexo:																			
Día / Mes / Año																				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino																			
Provincia:										Cantón:										Distrito:																			
Dirección exacta:																																							
Calle:										Avenida:										Otras señas:																			
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:										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)																			

DATOS DE PÓLIZA	CONDUCTO DE COBRO			VIGENCIA			PLAN DE PAGO			SEGURO EN							
	<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							
						MONTO ASEGURADO						_____					

REFERENCIAS	Nombre										Dirección exacta										Ocupación actual									

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

ÚLTIMOS TRES EMPLEOS	DESDE		HASTA		NOMBRE DEL PATRONO	DIRECCIÓN	PUESTO DESEMPEÑADO
	Mes	Año	Mes	Año			

OTROS DATOS	¿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.): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	¿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 _____																													

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 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 Solicitante		Firma del Intermediario	Firma del Gerente
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 (Agente de Seguros o Sociedad Corredora de Seguros o Sociedad Agencia de Seguros), 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 de Intermediario	INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  Guillermo Vargas Roldán Subgerente Cédula Jurídica 400000-1902-22 V.B. jefatura
Hecho por: _____	Riesgo aceptado por Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____		

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 (colones) y G10-13-A01-011 (dólares) de fecha 7 de octubre.