

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: **Persona física:** Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: N° Identificación:

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

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: **Persona física:** Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: N° Identificación:

Fecha de nacimiento: Nacionalidad: Género: F M 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:

Persona jurídica: Nacional Gobierno Institución autónoma Extranjera 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"/>
<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"/> Deducción Mensual	--	--		

¿Desea cobertura fuera del territorio nacional? Sí No

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

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.

1. En caso de un evento, comunicarse al teléfono 800-TELEINS (800-835-3467), o a la dirección: contactenos@grupoins.com.
2. El Instituto Nacional de Seguros tendrá la potestad de solicitar una certificación de la resistencia al fuego, cuando así lo estime necesario, extendida por laboratorios oficiales o privados, nacionales o extranjeros, acreditados para tal fin por la autoridad competente, cuyas pruebas serán las que la Asociación Norteamericana de Ensayo de Materiales -ASTM (American Society of Testing Materials) - tenga publicadas en su última edición, tal como lo regula el Reglamento de Construcciones vigentes.
3. 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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, 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 la 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.

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.

Asegurado o Tomador:

Firma

Número de identificación

En caso de persona jurídica debe firmar el representante legal y consignar su nombre completo e identificación

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.

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).

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 o Pagaré, 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.

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 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. Asimismo, el INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas, y me comprometo a comunicar los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

Asegurado o Tomador:

Firma

Número de identificación

En caso de persona jurídica debe firmar el representante legal y consignar su nombre completo e identificación

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

En mi calidad de Intermediario de seguros, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fé de que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para 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.

Nombre, firma y número de intermediario (o representante de sede del INS):

En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia o Corredora, indique el nombre y número de la misma:

Riesgo aceptado por:

Revisado 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 por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número G10-13-A01-010 de fecha 09 de Febrero del 2024.