

Producto: ☐ Flexible ☐ Contrato Tipo

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 de identidad ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Otro: _____					
N. de 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.

Expresé claramente los nombres, parentesco o interés con el Asegurado

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
			%
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
			%
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
			%
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
			%

Si se contrata la cobertura de Vida Conjunta, indique el nombre del cónyuge o conviviente del Solicitante y en el cuadro los respectivos beneficiarios

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
			%
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
			%
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
			%
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
			%

Firma del Cónyuge o conviviente aceptando su inclusión en la póliza y la designación de beneficios _____

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO**VIGENCIA SOLICITADA SEGURO**

Desde:

Hasta:

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____

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 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 solicitante 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 del contrato de seguros y/o las Condiciones Generales del mismo, las cuales me fueron explicadas por el intermediario 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: a) Una vez suscrita la póliza se me entregará el Certificado de Seguro correspondiente con las principales condiciones que rigen este contrato de seguro. b) Que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones, y c) Que puedo además consultar las condiciones contractuales de este seguro a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

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.

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 grabe 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.

Firma del solicitante: _____

Lugar y Fecha: _____ Firma y número de identificación del solicitante: _____

Lugar y Fecha: _____ Firma y número de identificación del representante del Tomador: _____

Nombre completo y el cargo: _____

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): _____

Para uso exclusivo del Instituto:

Revisado por:

Autorizado por:

La documentación contractual y la nota técnica de los productos que integran este documento 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: Vida Tradicional Colectiva Flexible P14-26-A01-197, Vida Colectiva Contrato Tipo P14-26-A01-884.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTES Y ENTREGA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo _____ portador (a) de la identificación N° _____, en calidad de:

- ☐ Solicitante/Asegurado ☐ Encargado Legal de menor de edad

Autorizo expresamente y en forma inequívoca a los funcionarios que el Instituto Nacional de Seguros designe, para consultar, recopilar y obtener una copia de toda la información contenida en los expedientes de salud físicos y digitales a nombre de _____ en cualquier centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

☐ De acuerdo

Autorizo al Instituto Nacional de Seguros a compartir con las personas indicadas más adelante:

- ✓ Resultados y/o copia de las pruebas médicas y de laboratorio que me haya realizado para el análisis de mi solicitud de Seguro.
- ✓ Notificaciones a efecto de presentar información adicional relacionada con cualquiera de los padecimientos, enfermedades o alteraciones que haya declarado o que aparezcan en cualquiera de los documentos que conforman el expediente o los registros con los que cuente el Instituto, indicándole(s) expresamente el padecimiento sobre el cual se requiere información o pruebas adicionales.

Nombre completo del autorizado	Número de identificación	Dirección de correo electrónico

Asimismo, manifiesto que exonero al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad por el uso y/o divulgación que la persona autorizada por mí haga de la información referida.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo

El Instituto Nacional de Seguros tendrá por válidamente notificada la información al medio señalado en el siguiente formulario, esto sin perjuicio de que pueda señalar varios correos electrónicos para recibir estas comunicaciones.

El Instituto Nacional de Seguros le recuerda que toda información que en virtud de la suscripción de contratos de seguros obtenga nuestra Institución está tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. Lo anterior tiene fundamento en los artículos 7 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, 12 de la Ley del INS y 21 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Doy esta autorización el día:

En (lugar):

Firma:

Número de Cédula o Identificación vigente: