

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

Fecha : _____		Lugar: _____		Hora: _____		N°Póliza: _____	
<input type="checkbox"/> Asegurado Directo		<input type="checkbox"/> Dependiente mayor de 18 años *					
*en caso de marcar esta opción indicar el nombre del Asegurado Directo: _____							
DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO							
Nombre o razón social: _____							
Cédula jurídica: _____				Actividad económica: _____			
Teléfono: _____		Número póliza madre: _____		Número póliza hija: _____			
DATOS DEL ASEGURADO (MAYORES DE 18 AÑOS, UNA SOLICITUD POR PERSONA)							
Nombre completo: _____						Tipo de asegurado	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula física <input type="checkbox"/> Dimex <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo						<input type="checkbox"/> Directo	
						<input type="checkbox"/> Dependiente	
N° de identificación: _____							
Fecha de nacimiento: _____			Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidad: _____		
Provincia: _____		Cantón: _____		Distrito: _____			
Dirección exacta: _____							
Correo electrónico: _____			Teléfonos : Celular: _____		Otro: _____		
Edad _____	Peso _____ kg	Estatura _____ mts	Incluye al solicitante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Alguna vez ha fumado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es Sí, ¿Quién (es)?: _____ ¿Hace cuanto tiempo?: _____							
Cantidad diaria: _____							
¿Dejaron de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿Quién (es)?: _____ ¿Hace cuanto tiempo?: _____							
Cantidad diaria: _____							
(Para Asegurado Directo) Fecha de ingreso a la empresa: _____							
Día / Mes / Año							
DEPENDIENTES A ASEGURAR MENORES DE EDAD	DEPENDIENTE #1						
	Primer Apellido: _____		Segundo Apellido: _____		Nombre Completo: _____		
	Fecha de Nacimiento: _____		N° de Identificación: _____		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
	Parentesco: _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado			Tipo de Identificación:		
		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe			<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Cédula Nacional
		<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo		<input type="checkbox"/> Cédula Residencia
	Indique su peso _____ Kgs		Estatura _____ Mts				
	DEPENDIENTE #2						
	Primer Apellido: _____		Segundo Apellido: _____		Nombre Completo: _____		
	Fecha de Nacimiento: _____		N° de Identificación: _____		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
	Parentesco: _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado			Tipo de Identificación:		
		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe			<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Cédula Nacional
		<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo		<input type="checkbox"/> Cédula Residencia
	Indique su peso _____ Kgs		Estatura _____ Mts				
	DEPENDIENTE #3						
Primer Apellido: _____		Segundo Apellido: _____		Nombre Completo: _____			
Fecha de Nacimiento: _____		N° de Identificación: _____		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
Parentesco: _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado			Tipo de Identificación:			
	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe			<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Cédula Nacional	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo		<input type="checkbox"/> Cédula Residencia	
Indique su peso _____ Kgs		Estatura _____ Mts					

DEPENDIENTE #4

DEPENDIENTES A ASEGURAR

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:		N° de Identificación:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Parentesco:	Estado Civil: <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: _____			Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Nacional <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Cédula Residencia	
Indique su peso _____ Kgs		Estatura _____ Mts			

¿Tiene o ha tenido alguna condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual usted y/o alguno de sus dependientes hayan recibido consulta, tratamiento médico, servicio, chequeos, controles y/o medicamentos prescritos por un médico? Sí No En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación:

Nombre del Empleado o Dependiente a asegurar	Nombre Médico Clínica u Hospital	Nombre de la enfermedad, accidente o padecimiento	Fecha de inicio	Duración de Enfermedad	Resultado del Tratamiento

BENEFICIARIOS

Nota: En caso de contar con el Seguro de Vida Colectiva, los beneficiarios designados aplican tanto para el seguro de salud como el de vida; caso contrario aplican únicamente para la cobertura de fallecimiento en la póliza de salud.

EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL BENEFICIARIO:

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 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, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras Señas:				
	Provincia:	Cantón:				
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras Señas:				
	Provincia:	Cantón:				

Acepto ser incluido en la póliza colectiva indicada al inicio de esta solicitud, bajo las coberturas y condiciones negociados por el Tomador del Seguro para el grupo al cual pertenezco.

Vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

OPCIONES A ELEGIR

Inclusión en el Seguro de Vida Colectiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Monto asegurado: _____
Número póliza madre: _____	Número póliza hija: _____
Forma de pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	

Por tratarse de un contrato tipo, el Instituto podrá establecer en las Condiciones Particulares, la ampliación o limitación del alcance de las coberturas o exclusiones de esta póliza, según acuerdo con el Tomador del Seguro, dentro de la gama de coberturas y exclusiones indicadas en el Anexo de Coberturas, Anexo de Exclusiones respectivamente, así como otros riesgos especiales, siempre y cuando sean valorados de previo por el Instituto y aceptados por este.

OTROS TEMAS

LA PÓLIZA	¿Esta solicitud va a sustituir otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjero Número de póliza: _____	Si el seguro es nacional marque el nombre del seguro <input type="checkbox"/> INS Medical <input type="checkbox"/> Gastos médicos del INS <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Si el seguro es extranjero indique el nombre: Tipo de Producto: <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Internacional
------------------	--	---	--

DECLARACIÓN DE LOS SOLICITANTES Declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita y verificada por mí, es completa y verdadera, y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza. Convengo que cualquier declaración falsa o inexacta facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelarla, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Acepto reintegrar las sumas correspondiente en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida. Asimismo, autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida.

NOTA IMPORTANTE

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. Toda comunicación se realizará al Tomador del Seguro o al Solicitante al medio que informó al Instituto para notificaciones.

Para consultas o conocer el estado de su solicitud puede llamar al Área de Aseguramiento de la Sede donde tramita su póliza a los números telefónicos que se encuentran disponibles en la dirección electrónica www.ins-cr.com o llamando al 800-TELEINS (800-8353467).

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

He recibido las Condiciones Generales y Anexos de este seguro, los cuales me fueron entregados, leídos en forma clara y ampliamente explicados, manifiesto haberlos entendido, los acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud el seguro podrá ser emitido en esas condiciones. Adicionalmente, se me ha informado que puedo tener acceso a esta información.

_____ Nombre del Empleado	_____ Nombre de la Empresa	_____ Nombre Intermediario
_____ Firma y No. de identificación del Empleado	_____ Nombre del Representante Legal o Responsable de la Empresa	_____ Firma y número de Intermediario
	_____ Firma	

Firma de autorización de inclusión a la póliza

Nombre del Colaborador:	No. Identificación:
Puesto que desempeña en la Empresa:	
Nombre del Encargado o Representante de la Empresa:	No. Identificación:
Cargo que desempeña:	Sello de la Empresa:**
Firma del Encargado o Representante de la Empresa:	
Fecha de inclusión en la póliza:	

** Esta inclusión será válida únicamente con el Sello de la Empresa, caso contrario no podrá tramitarse la inclusión.

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 P20-64-A01-694 V1.2 de fecha 14/02/2018.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

OBSERVACIONES O EXCLUSIONES	
Fecha de aceptación:	
ACEPTADA:	AUTORIZADO:

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTE

Nombre del Producto: _____

Yo _____ portador (a) de la identificación

N° _____, en calidad de: Solicitante/Asegurado: _____

Dependiente: _____ Beneficiario: _____, 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 del solicitante o asegurado en cualquier centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Si corresponde a una declaración de invalidez, autorizo la revisión y recolección de los datos de sumaria de invalidez, ya sea de la Caja Costarricense del Seguro Social o de cualquier otra entidad que la haya otorgado.

Lo anterior cuando dicha información se requiera en el proceso de Selección de Riesgos (cuando corresponda) o para el trámite de cualquier reclamo interpuesto por mí o por parte de mis beneficiarios en caso de fallecimiento.

En caso de que el solicitante o el asegurado sea menor de edad, el suscrito autoriza la revisión de los expedientes a nombre de: _____

_____, cuyo parentesco con mi persona es: _____

Fecha:

Nombre

Firma y N° Identificación