



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Seguros Personales
SOLICITUD PARA INCLUSIÓN EN UN SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA FLEXIBLE
Modalidad Contributiva

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Tomador de Seguro: _____

Número de Póliza: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de Identificación: ☐ Persona física ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso Trabajo					
N° Identificación:		Ocupación o actividad económica:			
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Edad:		Nacionalidad:	
				Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Celular:	
Dirección Electrónica:					
Nombre del Patrono:				Teléfono del Patrono:	
Monto Asegurado		Lugar de residencia:		Fecha de ingreso al grupo:	
¿Usted contaba o cuenta con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? ☐ Sí ☐ NO					
Nombre de la compañía				N° de póliza	

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____

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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato.

BENEFICIARIOS	Expresar claramente los nombres, parentesco o interés con el Asegurado							
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:		Dirección exacta:				Fax:	
			Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:			
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:		Dirección exacta:				Fax:	
			Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:			
	Si se contrata la cobertura de Vida Conjunta, indique el nombre del cónyuge o conviviente del Solicitante y en el cuadro los respectivos beneficiarios							
	Primer apellido		Segundo apellido:		Nombre:			
	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:		Fecha de nacimiento			
Expresar claramente los nombres, parentesco o interés con el cónyuge o conviviente.								
Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:		Dirección exacta:				Fax:		
		Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:				
Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:		Dirección exacta:				Fax:		
		Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:				
Firma del Cónyuge o conviviente aceptando su inclusión en la póliza y la designación de beneficios								

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el seguro dentro de un plazo que no excederá treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.

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.

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 Seguro de Vida Tradicional Colectiva Flexible Colones P14-26-A01-197 V4.0 (colones) y P14-26-A01-206 V4.0 (dólares) ambos de fecha 21 de mayo del 2015.

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza.

Asimismo, declaro que estoy enterado (a) de que puedo contratar este seguro por mi cuenta, directamente en cualquier sociedad agencia de seguros, agente de seguros o a través de cualquier corredor de seguro del país. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo a la entidad financiera a incorporarme en esta póliza.

He recibido el certificado de seguro, el cual me fue entregado, leído en forma clara y ampliamente indicado y manifiesto haberlo entendido.

NOMBRE DEL INTERMEDIARIO: _____

FIRMA Y N° IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: _____

LUGAR Y FECHA: _____

Para uso exclusivo del Instituto:

Revisado por:

Autorizado por:



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTES

Seguros Personales

Nombre del Producto: _____

Yo _____

portador (a) de la identificación N° _____, en calidad de: Solicitante/Asegurado: _____

Dependiente: _____ Beneficiario: _____, Familiar _____ (parentesco) _____

del asegurado fallecido: _____

N °de identificación _____, 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 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 la 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 físicos

y digitales a nombre de: _____, cuyo parentesco con mi persona es:

Fecha:

Nombre

Firma y N° Identificación

