

Este documento sólo 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

En calidad de: ☐ Deudor ☐ Codeudor Indique el nombre del Deudor: Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo: Tipo de identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro N° Identificación: Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Profesión u ocupación: Provincia: Cantón: Distrito: Dirección exacta: Dirección Electrónica: Teléfono celular:

DATOS DEL OBJETO DE INTERÉS

N° Operación: Monto Asegurado:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un menor 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.

En caso de que proceda una indemnización, el Instituto Nacional de Seguros indemnizará el saldo de la deuda a la fecha del siniestro al Acreedor (Tomador). De existir un remanente, el Asegurador deberá girarlo al Asegurado, a sus beneficiarios establecidos en el contrato de seguro o a su sucesión, según corresponda.

Expresa claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el Asegurado

Nº	Nombre	Tipo de Identificación (Cédula, DIMEX, DIDI, Pasaporte, Otro)	Nº de identificación	Parentesco	Porcentaje
1					
2					
3					

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

VIGENCIA SOLICITADA SEGURO Desde: Hasta:

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado:

OTROS TEMAS

Declaro que la información brindada y 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. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador a incorporarme en esta póliza. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

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.

Entiendo y apruebo que 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 y 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 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 Asegurado tiene 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.

Declaro que recibí la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesto que las he entendido, las acepto libremente y entiendo que, al suscribir esta solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.

Firma del solicitante

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 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

Las Condiciones Generales de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com

Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico contactenos@grupoins.com. Nuestras oficinas centrales se encuentran ubicadas en San José, Central, calles: Calle 9 y 11, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.

Firma del solicitante:

Firma del representante del Tomador:

Nombre completo y cargo:

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro P14-26-A01-837 V8 de fecha 27 de junio de 2024.