



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Dirección de 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: | |
| Nombre o razón social | | | | | |
| Tipo de Identificación | | Cédula de Residencia | | Pasaporte | |
| <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Jurídica | | <input type="checkbox"/> Gobierno | | <input type="checkbox"/> Institución Autónoma <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo | |
| N Identificación | | Ocupación o actividad económica | | Estado Civil | |
| <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro : _____ | | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo | | <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Célibe | |
| Fecha de nacimiento | | Nacionalidad | | Sexo | |
| Día / Mes / Año | | | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| Provincia | | Cantón | | Distrito | |
| Dirección exacta | | | | | |
| Calle | | Avenida | | Otras señas | |
| Apartado | | Teléfono Oficina | | Teléfono Domicilio | |
| Teléfono Celular | | Ingreso Mensual aproximado | | Sitio Web. | |
| Dirección Electrónica | | Nombre del Patrono | | Teléfono del Patrono | |
| Nº de Fax | | Cuenta Cliente | | Banco Emisor | |
| Cantidad de Empleados (Solo para Empresas) | | Monto Asegurado | | Lugar de residencia | |
| Edad | | Fecha de ingreso al grupo | | Fecha expiración documento identificación | |
| ¿Usted contaba con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? ____ SI ____ NO | | | | | |
| Nombre de la compañía _____ No de póliza _____ | | | | | |

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 y apellidos, parentesco o interés con el Asegurado | | | | | | |
| | Nombre: | | Identificación: | Parentesco: | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje: % | Teléfono: |
| | Fecha de Nacimiento: | | Dirección exacta: | | Fax: | | |
| | Provincia: | | Cantón: | | Dirección electrónica: | | |
| | Nombre: | | Identificación: | Parentesco: | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje: % | Teléfono: |
| | Fecha de Nacimiento: | | Dirección exacta: | | Fax: | | |
| Provincia: | | Cantón: | | Dirección electrónica: | | | |
| Nombre: | | Identificación: | Parentesco: | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje: % | Teléfono: | |
| Fecha de Nacimiento: | | Dirección exacta: | | Fax: | | | |
| Provincia: | | Cantón: | | Dirección electrónica: | | | |

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Correo electrónico: _____ Fax: _____

Apartado o Dirección: _____

Recuerde mantener actualizados sus datos.

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 fecha 30/08/2010 - Dólares P14-26-A01-206 de fecha 02/11/2010.

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: