



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Dirección de Seguros Personales

SOLICITUD PARA INCLUSIÓN EN UN SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA

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										Estado Civil																													
<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Jurídica										<input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Gobierno										<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Institución Autónoma																			
N Identificación										Ocupación o actividad económica										<input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <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 : _____																			
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 o cuenta con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.

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

BENEFICIARIOS	Nombre:										Identificación:										Parentesco:										Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										Porcentaje: %										Teléfono:										Ocupación:									
	Fecha de Nacimiento:										Dirección exacta:										Fax:																																																	
	Provincia:										Cantón:										Dirección electrónica:																																																	
	Nombre:										Identificación:										Parentesco:										Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										Porcentaje: %										Teléfono:										Ocupación:									
	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 P14-26-A01-074 (colones) y P14-26-A01-075 (dólares) de fecha 28 de diciembre del 2009.

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. Así mismo, declaro que estoy enterado (a) de que puedo contratar este seguro por mi cuenta, directamente en cualquier entidad aseguradora o a través de cualquier corredor de seguros del país. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador del Seguro 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: _____

FECHA: _____

Para uso exclusivo del Instituto:

Revisado por:

Autorizado por: