



# INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS SOLICITUD PARA INCLUSIÓN EN UN SEGURO DE PROTECCIÓN CREDITICIA

Producto:  Protección Crediticia Flexible  Contrato Tipo

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, FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD DE SEGURO

LUGAR:			HORA:
FECHA:	DÍA:	MES:	AÑO:

## DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Tomador de Seguro: \_\_\_\_\_  
Número de Póliza: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo		
Nº Identificación:		Ocupación o actividad económica:
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Edad:	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección exacta:		
Dirección Electrónica:	Teléfono Oficina:	Teléfono Celular:
¿Usted contaba o cuenta con un seguro de protección crediticia con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Nombre de la compañía _____ Nº de póliza _____		

## DATOS DEL OBJETO DE INTERÉS

Nº Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____
Nº Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____
Nº Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____
Nº Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____
Nº Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____
Límite de la Tarjeta: _____ (Solo cuando corresponda)		

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

**En caso 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 Tomador deberá girarlo al Asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios establecidos en el contrato de seguro.**

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:  
Dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com) / Consultas: [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com) / Contraloría: 2287-6161 ó 800INSContraloría / [cservicios@grupoins.com](mailto:cservicios@grupoins.com)

<b>BENEFICIARIOS</b>	<b>Expresar claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el Asegurado</b>			
	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %
	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %
	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %

<b>PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO</b>	
<b>VIGENCIA SOLICITADA SEGURO</b>	Desde:
	Hasta:

<b>NOTIFICACIONES</b>
Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____

<b>PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD</b>
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 solicitante 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.

<b>DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA</b>
He recibido la información previa al perfeccionamiento del contrato de seguros y/o las Condiciones Generales del mismo, las cuales me fueron explicadas por el Intermediario abajo firmante, manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud al seguro podrá ser emitido en esas condiciones. Además, se me ha informado que: a) una vez suscrita la póliza se me entregará el Certificado de Seguro correspondiente con las principales condiciones que rigen este contrato de seguro. b) Que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones, y c) Que puedo además consultar las condiciones contractuales de este seguro a través de la dirección electrónica: <a href="http://www.ins-cr.com">www.ins-cr.com</a> o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS.3

<b>DECLARACIONES DEL SOLICITANTE</b>
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. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo a la entidad asegurado a incorporarme en esta póliza.
Quien suscribe, entiende que este documento forma parte de la Política Conozca a su Cliente y manifiesta su consentimiento expreso para que la información consignada en la presente solicitud sea utilizada por el Instituto para el cumplimiento de la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo.

Firma y número de identificación del solicitante:	_____
Lugar y Fecha:	_____

Firma del representa del Tomador:	_____
Lugar y Fecha:	_____
Nombre completo y cargo:	_____

En mi calidad de intermediario de seguro, doy fe que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para el riesgo descrito, desde mi perspectiva no existen agravaciones para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva acepta o rechazar el aseguramiento.
Nombre, firma y número de intermediario (o representante de sede del INS): _____

Para uso exclusivo del Instituto:	Revisado por:	Autorizado por:

La documentación contractual y la nota técnica de los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguro de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los registros P-14-40-A01-210 Protección Crediticia Flexible Colones, P14-40-A01-211 Protección Crediticia Flexible Dólares y P14-26-A01-837 Protección Crediticia Contrato Tipo.



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