

Asegurado Directo Dependiente mayor de 18 años *
 *en caso de marcar esta opción indicar el nombre del Asegurado Directo: _____

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, dicha aceptación concuerde con los términos establecidos en ella.

Fecha: _____ Lugar: _____ Número de Póliza: _____

DATOS GENERALES DEL TOMADOR

Nombre del Tomador: _____

Número de Póliza del Tomador: _____

DATOS DEL ASEGURADO
(PERSONA FÍSICA, MAYORES DE EDAD UNA SOLICITUD POR PERSONA)

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre Completo: _____

Tipo de identificación: Cédula física DIMEX Pasaporte DIDI Otro: _____

N° Identificación: _____

Fecha nacimiento: / / Sexo: Masculino Femenino Peso: kg Estatura: m

Teléfonos: _____

Correo electrónico: _____

(Para Asegurado Directo) Fecha de ingreso a la empresa: / /

DEPENDIENTES A ASEGURAR
(MENORES DE EDAD)

Nombre completo	Número de Identificación	Tipo de Identificación	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	Peso (kg)	Estatura (m)
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			

DATOS DEL OBJETO DE INTERÉS

De acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

INFORMACIÓN GENERAL DE LOS SOLICITANTES

1. ¿Presenta(n) o ha(n) presentado algún tipo de condición, enfermedad, tratamiento o anomalía en su salud? SÍ NO Si su respuesta es afirmativa, explique: _____

2. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? SÍ NO

Indique clase/tipo: _____ cantidad: _____ y frecuencia: _____.

3. ¿Usan algún tipo de droga o medicamento? SÍ NO Si su respuesta es Sí, indique ¿Quién (es)? _____

Detalle: frecuencia _____ cantidad _____ motivo _____

Nombre de la droga y/o medicamento: _____

4. ¿Fuma? ¿Vapea? SÍ NO Cantidad diaria: _____ ¿Hace cuanto tiempo?: _____

5. ¿Dejó de fumar? SÍ NO Cantidad diaria: _____ ¿Hace cuanto tiempo?: _____

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

INFORMACIÓN GENERAL DE LOS SOLICITANTES

6. ¿Se encuentra el solicitante, su cónyuge o dependiente en estado de embarazo? SÍ NO Si su respuesta es SÍ, ¿Quién (es)? _____

Indique el número de semanas de gestación: _____

7. Si la inclusión corresponde a un menor de edad, indicar el método de reproducción por el cual se produjo el embarazo:

Reproducción natural Reproducción asistida

Especifique el método asistido utilizado: _____

8. ¿Intervenciones quirúrgicas realizadas y/o pendientes? SÍ NO Quién (es): _____

Declare causa, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos: _____

9. ¿En los últimos 12 meses, han tenido algún tipo de consulta médica? SÍ NO ¿Quién (es)? _____

Detalle el motivo _____

¿Qué le indicó el médico que tenía? _____ Nombre del médico tratante _____

10. En los últimos 24 meses, han tenido algún tipo de consulta médica, exámenes para diagnóstico: ultrasonido, tomografía, radiografías, laboratorios, cateterismos cardíacos, etc, por el que esté esperando resultado o le han indicado hacerse? SÍ NO ¿Quién (es)? _____

Motivo _____ Resultados _____ Médico tratante _____

11. ¿En los últimos 24 meses su salud ha tenido alguno de los siguientes cambios: variaciones en el peso, decaimiento, palidez, algún tipo de dolor, aparición de pelotas o tumoraciones, manchas anormales en la piel, sangrados anormales por la vagina, o algún tipo de sangrado por el recto, la boca o la nariz?

SÍ NO ¿Quién (es)? _____

Favor detallar lo preguntado _____

INFORMACIÓN SOBRE SALUD DE (DE LOS) SOLICITANTES (S).DE SER NECESARIO ADJUNTAR SOLICITUD ADICIONAL

Indique si el (los) solicitante (s) ha (n) sufrido o sufre (n) de alguna de las siguientes enfermedades o condiciones. Marque con una x en cada casilla

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Dolores de cabeza persistentes
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Migraña
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Vértigo o mareos
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Convulsiones y/o Epilepsia
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Parálisis
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Derrames cerebrales
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Depresión, ansiedad y/o nervios
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Estrés
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades mentales de cualquier tipo
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ojos
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Catarata
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Problema de retina
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedad de los oídos
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Sordera
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Padecimientos de la garganta, amígdalas y/o adenoides
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Trastornos de la nariz
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Desviación del tabique nasal
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Crecimiento de los cornetes
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Pólipos de la laringe o de las cuerdas vocales
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Sinusitis
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Trastornos de la voz
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ronquera crónica
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedad de los pulmones
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Tos crónica o persistente
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Asma
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Bronquitis crónica o enfisema
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Apnea del sueño
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ahogos o falta de aire
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del corazón
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Dolores de pecho (angina)
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Arritmia Cardíaca
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Trastornos del sistema circulatorio
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Varices o úlceras varicosas
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Hemorroides
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la sangre, anemia, púrpura
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del esófago
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Hernia hiatal
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del estómago o intestinos
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Sangrado digestivo
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Gastritis
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Úlcera gástrica o duodenal
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Colitis
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del recto o ano
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del hígado
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Piedras u otra enfermedad en la vesicular biliar
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de riñones o vejiga
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las vías urinarias
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Infecciones urinarias
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del pene y los testículos
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la próstata
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del útero
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Miomas, fibromas del útero
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Endometriosis
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ovarios o trompas
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Desordenes menstruales
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Infecciones órganos genitales
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Infertilidad y/o esterilidad | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las glándulas mamarias, quistes y/o tumores
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la columna vertebral
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Hernia de la columna vertebral
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Lumbago y/o Ciática
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Escoliosis u otra deformidad en su columna
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Dolor persistente o crónico de espalda
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Minusvalía o discapacidad
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades y/o infecciones en los huesos
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Osteoporosis
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Reumatismo
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Artritis
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Gota
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Inflamación de los músculos
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fibromialgia
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Lupus
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Sjogren
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Artritis reumatoidea
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Otros tipos de hernias
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la piel
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Quistes, lunares o tumores de la piel
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Cáncer o cualquier tipo de tumor
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Padecimientos del sistema endocrino
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Intolerante a la glucosa, Prediabetes o diabetes.
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Elevación de colesterol y/o triglicéridos
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV)
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Otras inmunodeficiencia
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Síndrome de Down
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Otra condición genética
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Otros padecimientos o enfermedades |
|---|--|---|

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: www.ins-cr.com / Consultas: contáctenos@ins-cr.com / Contraloría: cservicios@ins-cr.com / Teléfono: 2287-6161 / 800INSCcontraloría / cservicios@ins-cr.com.

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

VIGENCIA SOLICITADA SEGURO:

Desde:

Día / Mes / Año

Hasta:

Día / Mes / Año

ELECCIÓN DE OPCIONES

¿Esta solicitud va a sustituir otro seguro? SÍ NO

Número de póliza: _____

Seguro del INS:

INS Medical Gastos médicos del INS Otro ¿cuál? _____

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO DE PRIMA

*) Cuando la forma de pago elegida sea diferente de un pago anual, el asegurado deberá pagar una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado de acuerdo con el porcentaje que se indica a continuación:

Dólares:

Forma de Pago Mensual: Hasta 5%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,05 y se divide entre 12.

Forma de Pago Trimestral: Hasta 4%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,04 y se divide entre 4.

Forma de Pago Semestral: 3%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,03 y se divide entre 2.

DEDUCCIÓN MENSUAL DE SALARIO NO CONTEMPLA RECARGO, SE DEBE LLENAR BOLETA CORRESPONDIENTE

Colones:

Forma de Pago Mensual: Hasta 9%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,09 y se divide entre 12.

Forma de Pago Trimestral: Hasta 7%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,07 y se divide entre 4.

Forma de Pago Semestral: 5%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,05 y se divide entre 2.

DEDUCCIÓN MENSUAL DE SALARIO NO CONTEMPLA RECARGO, SE DEBE LLENAR BOLETA CORRESPONDIENTE

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado:

Recuerde mantener sus datos actualizados.

OTROS TEMAS

DECLARACIÓN DEL (DE LOS) SOLICITANTE (S)

Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida. Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar el contrato de seguro, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros. Por ende, declaro que la información anterior es verídica, completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito.

Declaro que la información provista en este formulario es fiel y verdadera, por tanto, acepto que cualquier omisión o falsedad en los datos suministrados causaría la cancelación de los contratos de seguros; asimismo, mientras exista una relación comercial, me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información.

Autorizo al INS para acceder a bases de datos de empresas comercializadoras y entidades públicas u otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo la fotografía del documento de identidad y otros, permitidos de conformidad con la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968.

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.

En mi calidad de Intermediario de seguros, de acuerdo con las facultades concedidas al efecto por el Instituto, doy fe de que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para el riesgo descrito y que desde mi perspectiva no existen agravaciones o limitaciones para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva aceptar o rechazar el aseguramiento.

Nombre completo: N° de intermediario: N° de cédula:

En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma:

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 (30) 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 (2) meses. Toda comunicación se realizará al Tomador del Seguro o al Solicitante, al medio que informó al Instituto para notificaciones. Para consultas o conocer el estado de su solicitud puede llamar al área de Aseguramiento de la Sede donde tramita su póliza a los números telefónicos que se encuentran disponibles en la dirección electrónica www.ins-cr.com o llamando al 800-TELEINS (800-8353467).

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: www.ins-cr.com / Consultas: contáctenos@ins-cr.com / Contraloría: cservicios@ins-cr.com / Teléfono: 2287-6161 / 800INSContraloría / cservicios@ins-cr.com.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

He recibido la Información previa al perfeccionamiento y las Condiciones Generales y Anexos de este seguro, las cuales me fueron explicadas por el intermediario de seguros, abajo firmante; manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud el seguro podrá ser emitido en esas condiciones.

Además se me ha informado que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de las Condiciones Generales de este seguro, sus modificaciones y adiciones.

FIRMA Y CÉDULA DEL ASEGURADO/ DEPENDIENTE

Firma y cédula:

Nombre:

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

Firma y cédula:

Nombre y código:

Fecha:

RIESGO ACEPTADO POR:

REVISADO POR:

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 el registro número P20-64-A01-694 V5.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTE

Nombre del Producto:

Yo _____ portador (a) de la identificación

N° _____, en calidad de: Solicitante/Asegurado: _____

Dependiente: _____ Beneficiario: _____, 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 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 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 a nombre de: _____

_____, cuyo parentesco con mi persona es:

_____.

Fecha:

Nombre:

Firma y N° Identificación: