

DATOS DEL EMPLEADO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

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

N° Identificación:

Fecha nacimiento: Sexo: Femenino Masculino

Teléfonos:

Dirección Electrónica:

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

DATOS DE LA PÓLIZA

¿Esta solicitud va a sustituir otro seguro? SÍ NO Número de póliza:

Seguro del INS: INS Medical Gastos médicos del INS Otro ¿Cuál?

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			

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE INCLUSIÓN A LA PÓLIZA DE LOS SOLICITANTES Y DEPENDIENTE DETALLADOS ANTERIORMENTE

Nombre del Encargado o Representante de la Empresa:

No. Identificación: Cargo que desempeña:

Firma del Encargado o Representante de la Empresa: Sello de empresa*

***Nota:** O carta membretada de la empresa o algún otro medio que el Instituto determine y comunique de previo.

BENEFICIARIOS

EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL BENEFICIARIO:

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 y 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 de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre:	Identificación:	Tipo de identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado:

Recuerde mantener sus datos actualizados.

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 completas 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 la póliza, 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.

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.

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de 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 le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.

Este documento sólo constituye un formulario de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que el seguro sea aceptado por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Nombre del Empleado / Dependiente

Nombre Intermediario

Firma y No. De identificación del Empleado / Dependiente

Firma y número de Intermediario

Fecha de emisión:

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.