

Este documento sólo constituye una solicitud 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, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

LUGAR: **FECHA:** **No. DE PÓLIZA:**

Asegurado Directo Dependiente mayor de 18 años*

*en caso de marcar esta opción indicar el nombre del Asegurado Directo:

DATOS DEL TOMADOR

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX Pasaporte DIDI Otro: N. de identificación:

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX Pasaporte DIDI Otro: N. de identificación:

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Otro:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Nacionalidad: Género: Femenino Masculino

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Dirección electrónica: Teléfono Oficina: Teléfono Domicilio: Teléfono Celular:

Nombre del Patrono: Teléfono del Patrono:

Edad: Estatura: m Peso: Kg

Indique el medio por el cual desea ser notificado:

DATOS OBJETO DE INTERÉS

De acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales.

DEPENDIENTES A ASEGURAR MENORES DE 18 AÑOS

Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad	Peso Kg	Estatura m	Género
						<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

Para cada solicitante dependiente deberá completarse la información que se solicita en el formulario "Dependientes Solicitantes", que se adjunta en la parte final de esta solicitud.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

No se debe utilizar como respuesta las palabras "N/A" o "No aplica"

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. ¿Han sido rechazados, pospuestos o no renovados algunos seguros de enfermedad, accidentes, vida o de hospitalización, o aceptada pero sujeta a exclusiones o a sobreprimas sobre las tarifas estándar del asegurador? SÍ NO Si la respuesta es Sí, indique quién (es):

y el tipo de seguro respectivo:

Nombre de la compañía:

3. ¿Han recibido o están recibiendo indemnización por condición, enfermedad o accidente? SÍ NO Si su respuesta es Sí, indique quién (es):

y por qué conceptos

4. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? SÍ NO

Clase: cantidad: y frecuencia:

5. ¿Usan algún tipo de droga, medicamento? SÍ NO Si su respuesta es SÍ, indique ¿Quién (es)?:

Detalle: frecuencia cantidad motivo

Nombre de la droga y/o medicamento:

6. ¿Fuma? SÍ NO ¿Vapea? SÍ NO Si su respuesta es SÍ,

Cantidad diaria: ¿Hace cuánto tiempo?

7. ¿Dejo de fumar? ¿Dejó de vapear? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, ¿Hace cuánto tiempo?

8. ¿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.

9. 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:

10. ¿Intervenciones quirúrgicas realizadas y/o pendientes? SÍ NO Declare causas, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos

11. ¿En los últimos 24 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:

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

Motivo Resultados Médico tratante

13. ¿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 Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Infertilidad y/o esterilidad |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Migraña | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Dolores de pecho (angina) | <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 vértigo o Mareos | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Arritmia Cardiaca | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Convulsiones y/o epilepsia | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Trastornos del sistema circulatorio | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Hernia de la columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Parálisis | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Varices o úlceras varicosas | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Lumbago y/o Ciática |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Derrames Cerebrales | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Hemorroides | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Escoliosis u otra deformidad en su columna |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Depresión, Ansiedad y/o nervios | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la sangre, anemia, púrpura | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Dolor persistente o crónico de espalda |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Estrés | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del esófago | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Minusvalía o discapacidad |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades mentales de cualquier tipo | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades y/o infecciones en los huesos |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ojos | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del estómago o intestinos | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Catarata | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Sangrado digestivo | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Problemas de retina | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Gastritis | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Artritis |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los oídos | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Úlcera gástrica o duodenal | |

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios: Dirección electrónica: www.grupoins.com / Consultas: contactenos@grupoins.com / Defensoría del Cliente Corporativa: defensoria@grupoins.com / Línea gratuita 800-DEFENSORÍA (800-33 33 67 42)

BENEFICIARIOS

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

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 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.

Nota: La sumatoria del porcentaje entre todos los beneficiarios debe sumar 100%

Nombre	Identificación	Tipo de identificación	Parentesco	Porcentaje
		<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Otro		
		<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Otro		
		<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Otro		
		<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Otro		
		<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Otro		

VIGENCIA SOLICITUD DE SEGURO:

DESDE:

Día Mes Año
____/____/____

HASTA:

Día Mes Año
____/____/____

ELECCIÓN DE OPCIONES

¿SOLICITA CONTINUIDAD? SÍ NO

SI EL SEGURO ES NACIONAL MARQUE EL NOMBRE DEL SEGURO:

INS Medical

Gastos médicos del INS

Otro ¿Cuál?:

Si el seguro es extranjero o de otra compañía de seguros de Costa Rica, indique el nombre:

FORMA DE PAGO: 12 Anual 03 Trimestral 06 Semestral

RECARGOS POR PAGO FRACCIONADO 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:

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

US\$ _____

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

US\$ _____

Seleccione el deducible anual por persona (aplica sólo para INS Medical Regional e Internacional)

\$200

\$300

\$400

\$500

\$1000

Otro:

Si se va a suscribir un seguro INS MEDICAL REGIONAL y se desea tomar alguna de las coberturas adicionales, favor marcar una de las siguientes opciones:

Cobertura de Cáncer.

Cobertura de Enfermedades y Accidentes Graves.

Si su seguro a suscribir es INS Medical Grandes Deducibles, favor marcar la opción de deducible a escoger:

\$ 5.000,00

\$10.000,00

\$15.000,00

Otro:

Se asegura por:

Cuenta propia

A favor de un tercero

OTROS TEMAS

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Declaro que la información detallada en este documento es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad, dando como resultado la terminación del contrato de seguros, de conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Asimismo, el INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas, y me comprometo a comunicar los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

El INS incluirá la información del asegurado en una base de datos, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas; podrá trasladar los datos a su personal, socios comerciales y a las empresas del Grupo INS, con el objetivo de ejecutar el contrato y ofrecer productos o servicios adicionales, sujeto a las políticas y normativa sobre la protección de datos.

Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el asegurado tienen derecho a la rectificación, restricción o supresión de sus datos de la base conformada por el INS, sin que ello afecte los datos registrados en los contratos.

Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en lo que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización.

Firma

¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? SÍ NO

Nombre de la compañía: N° de póliza:

¿Piensa continuar con la otra aseguradora? SÍ NO

¿Cuál es el motivo del traslado?:

Favor agregar el nombre del Producto: y si tiene deducible favor indicar el monto del mismo

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:

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 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.grupoins.com o llamando al 800- TELEINS (800-8353467).

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACEDERLA

He recibido el documento 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 de 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:

Firma:

Nombre:

Fecha:

Hora:

Intermediario:

Revisado por:

Nombre:

Firma:

Sello:

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 P16-35-A01-113 V12 de fecha 21 de diciembre del 2022.

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX Pasaporte DIDI Otro: N. de identificación:

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Otro:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Nacionalidad: Género: Femenino Masculino

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Dirección electrónica: Teléfono Oficina: Teléfono Domicilio: Teléfono Celular:

Nombre del Patrono: Teléfono del Patrono:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX Pasaporte DIDI Otro: N. de identificación:

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Otro:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Nacionalidad: Género: Femenino Masculino

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Dirección electrónica: Teléfono Oficina: Teléfono Domicilio: Teléfono Celular:

Nombre del Patrono: Teléfono del Patrono:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX Pasaporte DIDI Otro: N. de identificación:

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Otro:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Nacionalidad: Género: Femenino Masculino

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Dirección electrónica: Teléfono Oficina: Teléfono Domicilio: Teléfono Celular:

Nombre del Patrono: Teléfono del Patrono:

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