

Este documento solo 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 Y FECHA DE LA SOLICITUD DE SEGURO:**

LUGAR:

FECHA: DÍA:  MES:  AÑO:

**DATOS GENERALES DEL TOMADOR DEL SEGURO**

Nombre o razón social:

Tipo de identificación:  Jurídica Nacional  Gobierno  Institución Autónoma  Jurídica Extranjera

N° Identificación:  Actividad económica:

País:  Provincia:  Cantón:  Distrito:

Dirección exacta:

Teléfono oficina:  Teléfono celular:

Dirección Electrónica:  Otra dirección de correo autorizada:  Cantidad de Empleados:  (Solo para Empresas)

**DATOS GENERALES DEL GRUPO A ASEGURAR**

**1. TIPO DE GRUPO A ASEGURAR:**

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GRUPO NATURAL: | <input type="checkbox"/> Obrero-Patronal   | <input type="checkbox"/> Sindicatos   |
|   | <input type="checkbox"/> Asoc. Solidarista | <input type="checkbox"/> Cooperativas |
| <input type="checkbox"/> *OTROS GRUPOS: | <input type="checkbox"/> Colegios Profes.  | <input type="checkbox"/> Cámaras      |
|   | <input type="checkbox"/> Asoc. Solidarista | <input type="checkbox"/> Cooperativas |
|   | <input type="checkbox"/> Operadoras Pens.  | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

\*Diferentes al grupo obrero-patronal.

El grupo a asegurar contaba con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora?  SÍ  NO

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ No de póliza \_\_\_\_\_

**2. CANTIDAD DE MIEMBROS A ASEGURAR:**

Número Total de Miembros del Grupo: \_\_\_\_\_

Número Total de Miembros a Asegurar \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_ %

**3. COMPOSICIÓN DEL GRUPO A ASEGURAR:**

Edad Promedio del Grupo a Asegurar: \_\_\_\_\_

Composición por Género del Grupo: Hombres \_\_\_\_\_ % Mujeres \_\_\_\_\_ %

**4. SUMA A ASEGURAR:**

- Monto Uniforme: \_\_\_\_\_
- Monto Escalonado: \_\_\_\_\_ I Nivel  
 \_\_\_\_\_ II Nivel  
 \_\_\_\_\_ III Nivel
- Salarios: \_\_\_\_\_

**5. MONEDA:**  Dólares  Colones

**6. Forma de pago:**  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

**7. ¿QUIÉN PAGA LA PRIMA DE LA PÓLIZA?:**

- Asegurado (Modalidad Contributiva)
- Tomador del Seguro (Modalidad No Contributiva)

Observaciones Adicionales sobre el Tomador del seguro: \_\_\_\_\_

**PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO**

**VIGENCIA SOLICITADA SEGURO:** Desde:  Hasta:

**COBERTURAS A SUSCRIBIR**

COBERTURAS	OPCIONES ELEGIDAS (Marque con una X)
<b>Coberturas Básicas</b>	
Muerte Accidental y No Accidental	<input type="checkbox"/>
Muerte Plus	<input type="checkbox"/>
Vida Conjunta	<input type="checkbox"/>
<b>Coberturas Adicionales</b>	
Pago adicional de la suma asegurada en la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una cuota.	<input type="checkbox"/>
Pago adelantado de la suma asegurada en la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente en sus distintas modalidades.	<input type="checkbox"/> BI-1 <input type="checkbox"/> BI-12 <input type="checkbox"/> BI-24 <input type="checkbox"/> BI- ____
Muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental (DID).	<input type="checkbox"/>
Doble Indemnización por Muerte Accidental en lugar público.	<input type="checkbox"/>
Familiar	<input type="checkbox"/> Cónyuge e Hijos <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otros familiares
Indemnización por enfermedad terminal	<input type="checkbox"/> Monto Asegurado _____ ó _____ %
Indemnización para Gastos Funerarios	
Para el Asegurado Directo	<input type="checkbox"/> Monto Asegurado _____ ó _____ %
Para el Grupo Familiar	<input type="checkbox"/> Monto Asegurado _____ ó _____ %
Otros Riesgos Adicionales	<input type="checkbox"/>
Servicio de Medicina Virtual	<input type="checkbox"/>

**CONDICIONES GENERALES MODIFICABLES**

**Solo para Seguro Vida Colectiva Contrato Tipo**

El presente es un contrato tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por la aseguradora con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que las partes de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial.

Para efectos de esta solicitud se informa que las siguientes condiciones son susceptibles de negociación: Moneda, Suma Asegurada, Modalidad de contratación, Cantidad de personas mínima del grupo asegurable, Coberturas y sus respectivos alcances, Exclusiones, Periodos de Carencia y Disputabilidad, Finalización de Cobertura, Edades de contratación, Forma de pago, Recargos o Descuentos, Recargos por fraccionamiento de prima, Requisitos de Aseguramiento e Indemnización, Periodos de Gracia, Participación de Utilidades, Obligaciones del Tomador y Comisión de Cobro.

Se solicita valorar la modificación o eliminación de las siguientes condiciones contractuales:

a. Exclusiones: Especifique \_\_\_\_\_

b. Período de Disputabilidad y /o Carencia: Especifique \_\_\_\_\_

c. Requisitos de Asegurabilidad: Especifique \_\_\_\_\_

d. Requisitos de Indemnización: Especifique \_\_\_\_\_

e. Otras condiciones modificables: Especifique \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIONES**

Indique el medio por el cual desea ser notificado:

## OTROS TEMAS

### Marque cada ítem de la lista

Declaro que la información brindada y 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. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador a incorporarme en esta póliza. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

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

Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del Asegurado a una base, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas. El INS podrá trasladar los datos a sus colaboradores, partes vinculadas, proveedores, intermediarios y socios comerciales, y a las empresas que conforman el Grupo INS, con el fin de ejecutar el contrato u ofrecer productos o servicios adicionales, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos. El INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas. Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el Asegurado tiene 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Tomador

## 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 días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro 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 Asegurado podrá consultar el resultado o avance de su solicitud con su intermediario de seguros o mediante los medios que se indican al pie de la página.

## DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

Las Condiciones Generales de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: [www.grupoins.com](http://www.grupoins.com)

Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico [contactenos@grupoins.com](mailto:contactenos@grupoins.com). Nuestras oficinas centrales se encuentran ubicadas en San José, Central, calles 9 y 9 Bis, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.

El representante del Tomador declara que recibió la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesta que las ha entendido, las acepta libremente y entiende que, al suscribir su solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.

Como representante autorizado del Tomador del Seguro, doy fe que todas las declaraciones aquí indicadas son verdaderas y libero al Instituto Nacional de Seguros de toda la responsabilidad sobre esta póliza en caso de omisión o falsas declaraciones.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante del Tomador del Seguro: \_\_\_\_\_

Puesto del Representante del Tomador del Seguro: \_\_\_\_\_

Firma y N° de identificación del representante del Tomador del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Intermediario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ N° de cédula: \_\_\_\_\_ N° de Intermediario: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo del Instituto:

Revisado por: \_\_\_\_\_ Autorizado 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 en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número: P14-26-A01-884 V6 de fecha 06 de abril del 2024.**