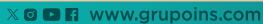


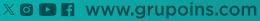
Moneda: Colones Dólares							
Esencial 1 Esencial 2 Pro 1 Pro 2 Platinum 1 Platinum 2 Delux							
LUGAR Y FECHA							
Lugar: Número de póliza: Número de póliza:							
Asegurado Directo Dependiente mayor de 18 años*							
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR							
Primer Apellido: Nombre: Nombre:							
Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: Número de Identificación:							
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Género: Femenino Masculino							
Dirección Electrónica: Teléfono de contacto:							
Edad: Peso: kg							
Indique el medio por el cual desea ser notificado:							
DATOS DEL ASEGURADO DEPENDIENTE							
Primer Apellido: Nombre:							
Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: Número de Identificación:							
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Género: Femenino Masculino							
Dirección Electrónica: Teléfono de contacto:							
Edad: Peso: kg							
Indique el medio por el cual desea ser notificado:							
DATOS OBJETOS DE INTERÉS							
De acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales.							
DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS							
N° Nombre Completo Tipo de identificación (Cédula, DIMEX, DIDI. Pasaporte u Otro) Parentesco Parentesco Recha de Nacimiento Edad Reso kg Estatura Género							
1							
2							
3							
4 F N							
5 F N							
ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO							
No se debe utilizar como respuestas 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:
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: frecuencia:
5) ¿Usan algún tipo de droga, medicamento? Sí No Si su respuesta es Si, indique ¿Quién (es)?:
Nombre de la droga y/o medicamento:
Detalle: frecuencia:
6) ¿Fuma? Si No ¿Vapea? Si No Si su respuesta es Sí,
Cantidad diaria de cigarrillo puro o ml: ¿Hace cuánto tiempo?:
No aplica para aquellas personas que nunca han fumado
7) ¿Dejó de fumar? ¿Dejó de vapear? Si No Si la respuesta es Sí. ¿Hace cuánto tiempo?:
8) ¿Se encuentra en estado de embarazo? Si No No aplica Si su respuesta es Sí, 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
10) ¿Intervenciones quirúrgicas realizadas? Si No Declare causas, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos:
¿Intervenciones quirúrgicas pendientes? Si No Declare causas, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos
11) ¿Han tenido algún tipo de consulta médica, exámenes para diagnóstico: ultrasonido, tomografía, radiografía, laboratorios, cateterismos cardiacos, etc por el que esté esperando resultado o le han indicado hacérselo? Si No ¿Quién (es)? Indicar Motivo y resultados







12) ¿En los últimos 24 meses su salud ha tenido alguno de los siguientes cambios: variaciones en el peso, decaimiento, palidez, algún tipo de dolor, aparició de pelotas o tumoraciones, manchas anormales en la piel, sangrados anormales en la piel, sangrados anormales por la vagina, o algún tipo de sangrado poel recto, la boca o la nariz? Si No ¿Quién (es)?:
Favor detallar lo preguntado:
avoi detallar lo preguniado.
INFORMACIÓN SOBRE SALUD DE (DE LOS) SOLICITANTE (S) DE SER NECESARIO ADJUNTAR SOLICITUD ADICIONAL
ndique 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
Si No Dolores de cabeza, migrañas Si No Dolores de pecho (angina) Si No Enfermedades de la piel Si No Enfermedad o problemas de la voz Si No Fiebre reumática Si No Reumatismo, artrosis o gota Si No Enfermedad de los oídos, nariz o garganta Si No Presión arterial alta garganta Si No Enfermedades de los huesos Si No Desviación del tabique nasal Si No Apoplejía o derrame Si No Trastornos de cadera y/o rodillar stratorios de cadera y/o rodillar stratorios Si No Desviación del tabique nasal Si No Apoplejía o derrame Si No Deformidad física, anomalías o traumatismos Si No Deformedades neurológicas y/o degenerativas Si No Enfermedades de la sangre
En caso afirmativo, por cada persona que será incluida en la póliza debe indicar: Nombre del solicitante, Nombre Médico Clínica u Hospital, Nombre de a Enfermedad, Fecha de inicio, Duración de la enfermedad, Estado Actual
Utilice este espacio para ampliar cualquier respuesta que considere. Adjuntar los informes de los estudios médicos realizados.





BENEFICIARIOS

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

Advertencia:

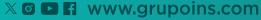
En el caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un menor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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%

				Beneficiarios A	Asegurado Titular			
N°		Nombre Co	mpleto		identificación (Cédula, DIDI. Pasaporte u Otro)	Número de Identi	ficación Parentes	co Porcentaje
1		1						
2								
3								
4								
			Beneficiarios	Asegurado De	pendiente Mayores de	18 años		
N°			identificación (Cédula, DIDI. Pasaporte u Otro)	Número de Identi	co Porcentaje			
1								
2								
3								
4								
				VIGENCIA	DEL SEGURO			
Desde	Desde: Día Mes Año Hasta: Día Mes Año//							
Forma	de pago: N	lensual Trimes	tral Semestral	Anual	Deducción mensual (úr	nicamente para mon	eda colones)	Cargo Automático
				ELECCIÓN	DE OPCIONES			
¿Esta	solicitud va a su	stituir otro seguro?	Si No	Número de	póliza:			
Tipo de	e Seguro:	Seguro del INS	Otro ¿Cúal?:					
Si el se	eguro es extranj	ero o de otra comp	añía de seguros de	Costa Rica, indi	que el nombre:			
CO	BERTURAS	ESENCIAL 1	ESENCIAL 2	PRO 1	PRO 2	PLATINUM 1	PLATINUM 2	DELUXE
Gas	stos Médicos	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
		No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido		
Prematurez No aplic este co		No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
		No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Т	Trasplantes Incluido Inc		Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Apar	atos de Apoyo	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido





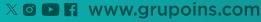


COBERTURAS	ESENCIAL 1	ESENCIAL 2	PRO 1	PRO 2	PLATINUM 1	PLATINUM 2	DELUXE
Enfermedades epidémicas y pandémicas	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra (con o sin hospitalización, incluye medicinas, exámenes, terapias o consultas)	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Actividades Deportivas	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Práctica Competitiva de fútbol	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Ambulancia aérea	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Cobertura Dental por accidente y/o emergencia	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Asistencia al Viajero	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Cobertura de Chequeos	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Niño Sano	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Fallecimiento	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Salpingectomía	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido
Vasectomía	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido
VIH / SIDA	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Terapias	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Preexistencias Declaradas	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido
Emergencias durante viajes en el extranjero	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido

OTROS TEMAS
¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? Si No
Nombre de la compañía:
N° de póliza:
¿Piensa continuar con la otra aseguradora? Si No
¿Cuál es el motivo del traslado?:

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.







DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE
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.
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.
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.
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA
Las Condiciones Generales de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com
Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico 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 Asegurado 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.
Firma del asegurado: Número de cédula:
Firma del Dependiente: Número de cédula:
Firma y cédula del Intermediario:
Nombre y Código:
Fecha:
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: P20-76-A01-1097 de fecha 13 de julio del 2024.

