

Moneda: ☐ Colones ☐ Dólares☐ Esencial 1 ☐ Esencial 2 ☐ Pro 1 ☐ Pro 2 ☐ Platinum 1 ☐ Platinum 2 ☐ Deluxe

LUGAR Y FECHA

Lugar: Fecha: Número de póliza: ☐ Asegurado Directo ☐ Dependiente mayor de 18 años*

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de identificación:

☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro: Número de Identificación: Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Género: ☐ Femenino ☐ MasculinoDirección Electrónica: Teléfono de contacto: Edad: Estatura: m kgIndique el medio por el cual desea ser notificado:

DATOS DEL ASEGURADO DEPENDIENTE

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de identificación:

☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro: Número de Identificación: Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Género: ☐ Femenino ☐ MasculinoDirección Electrónica: Teléfono de contacto: Edad: Estatura: m kgIndique 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)	Identificación	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad	Peso kg	Estatura	Género
1									☐ F ☐ M
2									☐ F ☐ M
3									☐ F ☐ M
4									☐ F ☐ M
5									☐ F ☐ M

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: cantidad: 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: cantidad: motivo:

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, aparición de pelotas o tumoraciones, manchas anormales en la piel, sangrados anormales en la piel, sangrados anormales por la vagina, o algún tipo de sangrado por el recto, la boca o la nariz?

☐ Si ☐ No ¿Quién (es)?:

Favor detallar lo preguntado:

INFORMACIÓN SOBRE SALUD DE (DE LOS) SOLICITANTE (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

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ 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 | ☐ Si ☐ No Enfermedades de los huesos |
| ☐ Si ☐ No Desviación del tabique nasal | ☐ Si ☐ No Apoplejía o derrame | ☐ Si ☐ No Trastornos de cadera y/o rodillas |
| ☐ Si ☐ No Vértigos o mareos | ☐ Si ☐ No Enfermedades Circulatorias (Arterias o venas) | ☐ Si ☐ No Deformidad física, anomalías o traumatismos |
| ☐ Si ☐ No Enfermedades neurológicas y/o degenerativas | ☐ Si ☐ No Enfermedades de la sangre | ☐ Si ☐ No Espondilitis anquilosante |
| ☐ Si ☐ No Meningitis | ☐ Si ☐ No Enfermedades del estómago | ☐ Si ☐ No LUPUS, Artritis reumatoidea, Sjogren, fibromialgia |
| ☐ Si ☐ No Epilepsia | ☐ Si ☐ No Enfermedades del hígado o piedras en la vesícula | ☐ Si ☐ No Afección de la columna vertebral |
| ☐ Si ☐ No Parálisis | ☐ Si ☐ No Enfermedades de los intestinos | ☐ Si ☐ No Lumbago o Ciática |
| ☐ Si ☐ No Enfermedades de los ojos | ☐ Si ☐ No Diarreas crónicas | ☐ Si ☐ No Infecciones |
| ☐ Si ☐ No Enfermedades de la tiroides, paratiroides | ☐ Si ☐ No Sangrado Digestivo | ☐ Si ☐ No Padecimientos del sistema endocrino |
| ☐ Si ☐ No Asma | ☐ Si ☐ No Hernias | ☐ Si ☐ No Prediabetes y/o Diabetes |
| ☐ Si ☐ No Inflamación o problemas en los ganglios | ☐ Si ☐ No Enfermedades de riñones o vejiga | ☐ Si ☐ No Colesterol, triglicéridos |
| ☐ Si ☐ No Tos persistente | ☐ Si ☐ No Enfermedades de la próstata, testículos y pene | ☐ Si ☐ No Sudoración nocturna |
| ☐ Si ☐ No Enfermedades de los pulmones | ☐ Si ☐ No Enfermedades de las mamas | ☐ Si ☐ No Covid -19 con hospitalización y complicaciones o secuelas |
| ☐ Si ☐ No Tuberculosis | ☐ Si ☐ No Enfermedades ginecológicas | ☐ Si ☐ No Enfermedades del corazón |
| ☐ Si ☐ No Ahogos, falta de aire o Apnea Obstructiva del sueño | ☐ Si ☐ No Sífilis, VIH, SIDA, Hepatitis B o C | ☐ Si ☐ No Cáncer u otros tumores |
| ☐ Si ☐ No Ansiedad, depresión o cualquier enfermedad de la salud mental | ☐ Si ☐ No Otras anomalías, condiciones, síntomas, síndromes, trastornos o enfermedades no contempladas en esta lista | |

En caso afirmativo, por cada persona que será incluida en la póliza debe indicar: **Nombre del solicitante, Nombre Médico Clínica u Hospital, Nombre de la 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

EXPRESAR 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 Asegurado Titular

N°	Nombre Completo	Tipo de identificación (Cédula, DIMEX, DIDI. Pasaporte u Otro)	Número de Identificación	Parentesco	Porcentaje
1					
2					
3					
4					

Beneficiarios Asegurado Dependiente Mayores de 18 años

N°	Nombre Completo	Tipo de identificación (Cédula, DIMEX, DIDI. Pasaporte u Otro)	Número de Identificación	Parentesco	Porcentaje
1					
2					
3					
4					

VIGENCIA DEL SEGURO

Desde: Día Mes Año Hasta: Día Mes Año

Forma de pago: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Dedución mensual (únicamente para moneda colones) ☐ Cargo Automático

ELECCIÓN DE OPCIONES

¿Esta solicitud va a sustituir otro seguro? ☐ Si ☐ No Número de póliza:

Tipo de Seguro: ☐ Seguro del INS ☐ Otro ¿Cuál?:

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

COBERTURAS	ESENCIAL 1	ESENCIAL 2	PRO 1	PRO 2	PLATINUM 1	PLATINUM 2	DELUXE
Gastos Médicos	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Maternidad	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Prematurez	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Enfermedades congénitas	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	No aplica para este contrato	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Trasplantes	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Aparatos 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.