



Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

LUGAR, FECHA, Y HORA DE EMISIÓN DEL SEGURO O DE LA SOLICITUD DE ENDOSO:

LUGAR:			HORA:
FECHA:	DÍA:	MES:	AÑO:

PÓLIZA N°. _____ COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN

Modalidad: Contributiva No contributiva

DATOS DEL TOMADOR	Nombre o razón social:		N° de Identificación:
	Dirección exacta:		
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Apartado: _____	Teléfonos: _____ _____ / _____	Correo electrónico: _____ Fax: _____

VIGENCIA: Desde: _____ / _____ / _____ Hasta: _____ / _____ / _____

* Este seguro puede ser suscrito por una vigencia anual o por un período inferior (corto plazo). La estructura tarifaria del seguro para cada opción de vigencia es diferente y dependerá el número de días por el que se contrate el seguro.

Moneda: Colones Dólares

DATOS DE LA PÓLIZA	Seleccione el plan de Pago	Recargo Financiero*		INDIQUE SI TIENE PÓLIZAS SUSCRITAS CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la Compañía Aseguradora: _____ Número de póliza suscrita: _____ INDIQUE SI SE ASEGURA POR CUENTA PROPIA O POR CUENTA DE UN TERCERO <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero
		Colones	Dólares	
	<input type="checkbox"/> Anual	Sin recargo	Sin recargo	
	<input type="checkbox"/> Semestral	8%	5%	
	<input type="checkbox"/> Cuatrimestral	10%	6%	
	<input type="checkbox"/> Trimestral	11%	7%	
	<input type="checkbox"/> Mensual	12%	8%	
	13%	9%		

*El porcentaje de recargo aplica sobre la prima anual

COBERTURAS	COBERTURA BÁSICA:	
	<input type="checkbox"/> Cobertura A: Incendio y Rayo	
	COBERTURAS ADICIONALES:	
	<input type="checkbox"/> Cobertura B: Riesgos Varios	
	<input type="checkbox"/> Cobertura C: Inundación y Deslizamiento y Vientos	
	<input type="checkbox"/> Cobertura D: Convulsiones de la Naturaleza.	
	<input type="checkbox"/> Cobertura H: Pérdida de rentas por contrato de arrendamiento	
	<input type="checkbox"/> Cobertura I: Rotura de Cristales	
	<input type="checkbox"/> Cobertura R: Gastos por Alquiler	
	Cobertura de Servicios Multiasistencia Hogar: El Plan BASE se otorga a las pólizas que posean como mínimo las coberturas A y B	
El Plan PLUS se otorga a las pólizas que posean como mínimo las coberturas A, B, C, y D. (Los servicios de Multiasistencia Hogar son gratuitos)		

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:
 Dirección electrónica: www.ins-cr.com / Consultas: contactenos@ins-cr.com / Contraloría: cservicios@ins-cr.com / Teléfono: 2287-6161 / 800INSContraloría.

DESCUENTO POR VOLUMEN DE RIESGOS ASEGURADOS

Desde	Hasta	% de Descuento
10,001	20,000	3%
20,001	30,000	6%
30,001	50,000	9%
50,001	en adelante	12%

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

- Solicitud del aseguramiento debidamente cumplimentada.
- Formulario Conozca a su Cliente para personas físicas y/o jurídicas (para clientes nuevos) y las actualizaciones respectivas para clientes vigentes.
- Cumplimentar el formulario Solicitud- Certificado de Seguro Colectivo para cada asegurado.

DERECHO DE RETRACTO

El asegurado tiene la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la cobertura. El Instituto dispondrá de un plazo de diez (10) días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

OBSERVACIONES**NOTIFICACIONES**

Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____

NOTAS IMPORTANTES

1. En caso de un evento, comunicarse al teléfono 800-TELEINS (800-835-3467), Fax 2221-2294 o a la dirección: contactenos@ins-cr.com.
2. De no haberse informado al Asegurador la existencia de sustancias inflamables o líquidos combustibles, y de comprobarse en un siniestro que éste se produjo por la existencia de alguno de ellos, este contrato será nulo. El Instituto Nacional de Seguros tendrá la potestad de solicitar una certificación de la resistencia al fuego, cuando así lo estime necesario, extendida por laboratorios oficiales o privados, nacionales o extranjeros, acreditados para tal fin por la autoridad competente, cuyas pruebas serán las que la Asociación Norteamericana de Ensayo de Materiales -ASTM (American Society of Testing Materials)- tenga publicadas en su última edición, tal como lo regula el Reglamento de Construcciones vigentes.
3. Los datos requeridos en el presente formulario son indispensables para la valoración del riesgo a proteger, no son excluyentes con otros formularios que requieran de similar información.

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 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 en el pie de página.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

He recibido el documento de Información previa al perfeccionamiento del contrato de seguros y copia de la Solicitud-Certificado del seguro que he solicitado. 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 y que además puedo consultarlas a través de la dirección electrónica: www.ins-cr.com. Declaro que la información anterior es verídica, completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito.

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:
Dirección electrónica: www.ins-cr.com / Consultas: contactenos@ins-cr.com / Contraloría: cservicios@ins-cr.com / Teléfono: 2287-6161 / 800INSContraloría.

Firma y cédula del Asegurado ó Tomador	Firma del Intermediario
Firma: _____ Cédula: _____ En caso de persona jurídica, indicar además: Nombre: _____ Cargo: _____ Lugar y fecha: _____ Declaro que toda la información que ha sido dictada o escrita por mí en este formulario, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la Póliza. Con lo anterior, autorizo a la entidad financiera a incorporarme en esta póliza.	Nombre completo: _____ N° de cédula: _____ N° de intermediario: _____ En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____ Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ En mi calidad de Intermediario de comercialización, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fé de que he revisado 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.

Riesgo aceptado por:	Revisado por:
Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Intermediario: _____	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 los registros número G06--44-A01-261 V3 (colones) y G06-44-A01-262 V3 (dólares) de fecha 16 de junio del 2015.