



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:
TIPO DE TRÁMITE			
<input type="checkbox"/> COTIZACIÓN		<input type="checkbox"/> EMISIÓN	
<input type="checkbox"/> VARIACIÓN		N° DE PÓLIZA:	

DATOS DEL TOMADOR	Nombre o razón social:		Nº de Identificación:
	Dirección exacta:		
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Apartado: _____	Teléfonos: _____ _____ / _____	Correo electrónico: _____ Fax: _____

DATOS DEL ASEGURADO	Nombre o razón social:		Nº de Identificación:
	Dirección exacta:		
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Apartado: _____	Teléfonos: _____ _____ / _____	Correo electrónico: _____ Fax: _____
	Indique el medio por el cual desea ser notificado:		

DATOS DEL CULTIVO	DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR		
	Cultivo:	Variedad(es):	Especie(s):
	Área total de la finca _____ Ha	Monto total financiado:	Sembrará más áreas, sin seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Área solicitada: _____ Ha	¿Cuántas Hectáreas? _____ Lugar: _____	
	Tipo de cultivo: <input type="checkbox"/> Secano <input type="checkbox"/> Riego complementario <input type="checkbox"/> Riego o aniego <input type="checkbox"/> Otro, Indique: _____		
	Sistema de siembra: <input type="checkbox"/> Mecanizado <input type="checkbox"/> Semi-Mecanizado <input type="checkbox"/> Espeque <input type="checkbox"/> Otro, Indique: _____		
	<input type="checkbox"/> Autorizo al Instituto Nacional de Seguros a utilizar la información global de diferentes fuentes para estudios actuariales del producto.		
¿El cultivo tiene socios o personas relacionadas? Indique el nombre y número de cédula de cada uno de ellos.			

DATOS DEL TERRENO	ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO		
	Nombre de la finca:		Folio Real:
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Dirección exacta:		
	Rubro alquiler de terreno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Descripción de los lotes (Puede utilizar hojas adicionales en caso de ser necesario)		
	Nombre	Condición del terreno	
	Propio	Alquilado	

DATOS DEL ACREEDOR	Nombre o Razón Social :		Nº de Identificación
	Domicilio:		
	Apartado:	Teléfonos:	Correo electrónico:
	Monto acreencia: _____ Esta acreencia corresponde a: <input type="checkbox"/> Totalidad de los bienes asegurados <input type="checkbox"/> Sólo a los bienes que se especifican a continuación: _____		Grado: _____
	Utilice hojas adicionales en caso de ser necesario.		

BENEFICIARIOS	EXPRESA 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 mayor 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.						
	Nombre:	Cédula:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación
	Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras señas:				
		Provincia: Cantón:					
Nombre:	Cédula:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación	
Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras señas:					
	Provincia: Cantón:						

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

ELECCIÓN DE OPCIONES	
Moneda: <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares	
Forma de Aseguramiento: <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero	
Esquema de Seguro: <input type="checkbox"/> Inversión con Ajuste a Rendimiento <input type="checkbox"/> Daño Físico Directo <input type="checkbox"/> Planta Muerta *Seleccionar únicamente un esquema.	
Cobertura A: Riesgos de la naturaleza: Monto asegurado: _____ Participación del asegurado al: <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20%	

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN	OTROS TEMAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de seguro agrícola debidamente cumplimentada. • Formulario Conozca a su Cliente para personas físicas y/o jurídicas (para clientes nuevos) y las actualizaciones respectivas para clientes vigentes. • Constancia de la semilla utilizada emitida por la Oficina Nacional de Semillas o el Ente Supervisor del Cultivo (en caso de requerirse). • Contrato de Compraventa para cultivos de exportación. • Presentar análisis de suelo y programa de fertilización para optar por el descuento de Programa de Fertilización. • Presentar contrato de asistencia técnica para optar por el descuento respectivo. • Aplicar paquete tecnológico . • Siembra o trasplante dentro de las fechas establecidas por el INS. • Cultivo germinado en siembra directa o arraigado cuando sea por trasplante. • Siembra en terrenos y zonas con condiciones climáticas adecuadas para el cultivo. • Siembra en terrenos de fácil acceso. • Cultivo no expuesto a riesgos de tipo inminente o inevitable. • Presentar facturas de gastos en el cultivo, cuadro de distribución de las inversiones en caso de siniestro (Avance de inversión). • Rendimientos históricos de al menos 5 años (Esquema de Seguro inversión con ajuste a rendimiento). • Avance de cosecha en cultivos de cosecha escalonada (Esquema de Seguro inversión con ajuste a rendimiento). • Densidad de plantas por hectárea (Esquema Seguro por planta muerta). • En caso necesario se solicitará copia del contrato de venta.

NOTAS IMPORTANTES	
1. En caso de un evento comunicarse al teléfono 2233-2547, fax 2287-6669, o a la dirección electrónica: contactenos@ins-cr.com ó agropecuario@ins-cr.com	
2. 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.	

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: 2287-6161 ó 800INSContraloría / cservicios@ins-cr.com.

OBSERVACIONES**PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD**

Este documento sólo 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 que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) 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 página.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

He recibido el documento de Información previa al perfeccionamiento del contrato de seguros 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.

Firma y cédula del 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 fe 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 el registro G12-39-A01-004 V12 de fecha del 23 de febrero de 2017.