



TIPO DE TRÁMITE: COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN

N° DE PÓLIZA: _____

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN Contributiva No contributiva

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 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:

Form fields for LUGAR, FECHA, and HORA.

DATOS DEL TOMADOR: Name, address, phone, email, and relationship details.

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

Form fields for system of exploitation and management.

VIGENCIA

Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

ELECCIÓN DE OPCIONES

Main options selection table with columns for COBERTURAS and DEDUCIBLES.

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.

| Plan de Pago | Recargo Financiero | | Moneda |
|---|---|---|--|
| | Colones | Dólares | <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares |
| <input type="checkbox"/> Anual | Sin recargo | Sin recargo | Forma de Aseguramiento: <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero |
| <input type="checkbox"/> Semestral | Se multiplica la prima anual por 1.08 y se divide entre 2. | Se multiplica la prima anual por 1.05 y se divide entre 2. | |
| <input type="checkbox"/> Cuatrimestral | Se multiplica la prima anual por 1.10 y se divide entre 3. | Se multiplica la prima anual por 1.06 y se divide entre 3. | Indique si tiene pólizas con otra compañía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Trimestral | Se multiplica la prima anual por 1.11 y se divide entre 4. | Se multiplica la prima anual por 1.07 y se divide entre 4. | |
| <input type="checkbox"/> Bimestral | Se multiplica la prima anual por 1.12 y se divide entre 6. | Se multiplica la prima anual por 1.08 y se divide entre 6. | Nombre de la Compañía Aseguradora: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mensual | Se multiplica la prima anual por 1.13 y se divide entre 12. | Se multiplica la prima anual por 1.09 y se divide entre 12. | Número de póliza suscrita: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cargo automático | Sin recargo* | Sin recargo* | |
| | (*) Para optar por esta opción debe completar el formulario respectivo. | | |

| | |
|----------------------------------|--|
| REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud debidamente cumplimentada. • Certificado Veterinario de Operación (CVO) de la granja. • Asistencia técnica veterinaria • Aplicar paquete técnico • Sistema de registros para control productivo y sanitario • Edades de contratación: <ul style="list-style-type: none"> Pollos de engorde con edad de un día hasta 49 días Gallinas ponedoras con edad de un día hasta 90 semanas Gallinas reproductoras con edad de un día hasta 75 semanas • Para la cobertura C "Muerte y/o sacrificio obligatorio" protocolo de Evaluación de Bioseguridad en Establecimientos Avícolas de Producción Primaria que dicta el SENASA, con nota del 90% o superior. • Para las coberturas D Y E se requiere Certificado Veterinario de Operación (CVO) del medio de transporte. • Para las coberturas D Y E se requiere Guías de transporte. |
|----------------------------------|--|

| NOTAS IMPORTANTES |
|--|
| <p>1. En caso de un evento comunicarse al teléfono 800-Teleins (800-8353467) o a la dirección electrónica: contactenos@ins-cr.com</p> <p>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.</p> |

| OBSERVACIONES |
|---------------|
| |

| PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD |
|---|
| <p>La solicitud de seguro que cumpla con todos los requisitos del Asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta (30) 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 (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 en el pie de página.</p> |

| DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA |
|---|
| <p>He recibido la Información previa al perfeccionamiento y las Condiciones Generales de este seguro, las cuales me fueron explicadas por el Intermediario de seguros, abajo firmante; manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud el seguro podrá ser emitido en esas condiciones.</p> <p>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 o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS. 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.</p> |

| Firma y cédula del Tomador | Firma del Intermediario | | | | |
|--|--|-------------------------|---|--------------------------------------|---|
| <p>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 al Instituto a incorporarme en esta póliza</p> <p>Firma: _____</p> <p>N° de cédula: _____</p> <p>En caso de persona jurídica, indicar además:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cargo: _____</p> <p>Lugar y fecha: _____</p> | <p>En mi calidad de Intermediario de seguros, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fe de que he explicado el seguro que se va a suscribir y 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.</p> <tr> <th data-bbox="815 241 1534 283">Datos del Intermediario</th> </tr> <tr> <td data-bbox="815 283 1534 745"> <p>Nombre completo: _____</p> <p>N° de cédula: _____</p> <p>N° de intermediario: _____</p> <p>En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> </td> </tr> <tr> <th data-bbox="815 745 1534 787">Datos del Representante Sede del INS</th> </tr> <tr> <td data-bbox="815 787 1534 924"> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p> </td> </tr> | Datos del Intermediario | <p>Nombre completo: _____</p> <p>N° de cédula: _____</p> <p>N° de intermediario: _____</p> <p>En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> | Datos del Representante Sede del INS | <p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p> |
| Datos del Intermediario | | | | | |
| <p>Nombre completo: _____</p> <p>N° de cédula: _____</p> <p>N° de intermediario: _____</p> <p>En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> | | | | | |
| Datos del Representante Sede del INS | | | | | |
| <p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p> | | | | | |

| Riesgo aceptado por: | Revisado por: |
|--|--|
| <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> <p>Intermediario: _____</p> | <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Sello: _____</p> |

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 número G12-41-A01-800 V1 de fecha 20 de marzo del 2019.