



TIPO DE TRÁMITE: [] COTIZACIÓN [] EMISIÓN [] VARIACIÓN

Nº DE PÓLIZA: _____

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. Includes fields for DÍA, MES, AÑO, and HORA.

DATOS DEL TOMADOR section. Includes fields for Name, ID, Address, Contact Info, and Relationship type (Familiar, Comercial, Laboral, Otro).

DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA FÍSICA) section. Includes fields for Name, ID, Birth info, Civil Status, Profession, and Current Address.

DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA JURÍDICA) section. Includes fields for Social Reason, Commercial Name, Address, and Contact Info.

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.

INFORMACIÓN DE ANIMALES

Sistema de explotación: Pollo de engorde Gallinas ponedoras Gallinas reproductoras

Sistema de manejo: Convencional Túnel

Autorizo al INS a utilizar la información global de diferentes fuentes para estudios actuariales del producto

Especificaciones para aseguramiento

Número de galera	Área de la galera m ²	Línea genética	Cantidad de aves	Valor unitario	Monto total (cantidad de aves x valor unitario)	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
			TOTAL:		TOTAL:	

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS PARA ASEGURAR

INFORMACIÓN DE LA GRANJA

Nombre y N° de la granja donde se encuentran las aves:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Dirección exacta:

En la unidad de producción vive alguien:

Sí

No

Quién? _____

Frecuencia de visitas? _____

Propietario

Arrendatario

Usufructuario

Depositario

Acreedor

Consignatario

Otro: _____

N° CVO:

DATOS DEL ACREEDOR

Nombre o Razón Social:

N° de Identificación

Domicilio:

Apartado:

Teléfonos:

Correo electrónico:

Monto de la acreencia: _____

Esta acreencia corresponde a: Totalidad de los bienes asegurados

Sólo a los bienes que se especifican a continuación: _____

Grado: _____

Utilice hojas adicionales en caso de ser necesario

EXPRESAR 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:		Otra señas:			
	Provincia:	Cantón:				
Nombre:	Cédula:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de nacimiento:	Dirección:		Otra señas:			
	Provincia:	Cantón:				

VIGENCIA

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

COBERTURAS

	Límite máximo asegurado	Suma asegurada por cobertura
Coberturas Básicas:		
<input type="checkbox"/> A: Muerte y/o sacrificio por riesgos naturaleza	<input type="checkbox"/> 100% (De 1 a 2 galrones asegurados) <input type="checkbox"/> 75% (De 3 a 5 galrones asegurados) <input type="checkbox"/> 50% (Más de 6 galrones asegurados)	_____
<input type="checkbox"/> B: Muerte y/o sacrificio por asfixia	<input type="checkbox"/> 100% (De 1 a 2 galrones asegurados) <input type="checkbox"/> 75% (De 3 a 5 galrones asegurados) <input type="checkbox"/> 50% (Más de 6 galrones asegurados)	_____
Coberturas Adicionales:		
<input type="checkbox"/> C: Muerte y/o sacrificio obligatorio		_____
<input type="checkbox"/> D: Muerte y/o sacrificio en el transporte		_____
<input type="checkbox"/> E: Extraterritorialidad		_____

NOTAS:

*Las coberturas básicas "A y B" no tienen dependencia entre sí, por lo que se pueden suscribir en forma independiente.

*La cobertura C "Muerte y/o sacrificio obligatorio" podrá ser adquirida siempre que el Asegurado suscriba una de las coberturas básicas.

*La cobertura D "Muerte y/o sacrificio en el transporte" puede ser tomada con una o ambas coberturas básicas o en forma independiente.

* Para adquirir la cobertura E "Extraterritorialidad" deberá contratarse la cobertura D.

DEDUCIBLES PARA TODAS LAS COBERTURAS COLONES Y DÓLARES**PARA LAS COBERTURAS A Y B**

7,5% sobre el monto de la pérdida *Otro: _____

(* La posibilidad de optar por otro deducible, implica una modificación en la tarifa de las coberturas.

PARA LA COBERTURA C (SEGÚN CANTÓN)

15% sobre el monto de la pérdida (Grecia, Palmares y Santa Bárbara) 10% sobre el monto de la pérdida (San Ramón, Orotina y Naranjo)

12.5% sobre el monto de la pérdida (Alajuela, Atenas y Poás) 7.5% sobre el monto de la pérdida (Para el resto de los cantones)

*Otro: _____

(* La posibilidad de optar por otro deducible, implica una modificación en la tarifa de las coberturas.

PARA LAS COBERTURAS D Y E

1% sobre el monto asegurado, con un mínimo de ₡100.000 o \$165 *Otro: _____

(* La posibilidad de optar por otro deducible, implica una modificación en la tarifa de las coberturas.

FRANQUICIA COLONES Y DÓLARES

Aplica únicamente a las coberturas A y B

3% de las muertes y/o sacrificios sobre el total de aves declaradas en pollo de engorde

5% de las muertes y/o sacrificios sobre el total de aves declaradas en gallinas ponedoras y gallinas reproductoras.

*Otro: _____

(* La posibilidad de optar por otra franquicia, implica una modificación en la tarifa de la cobertura

ELECCIÓN DE OPCIONES	Plan de Pago	Recargo Financiero		Moneda	
		Colones	Dólares	<input type="checkbox"/> Colones	<input type="checkbox"/> Dólares
<input type="checkbox"/> Anual	Sin recargo	Sin recargo	Sin recargo	Forma de Aseguramiento:	
<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.	Se multiplica la prima anual por 1.05 y se divide entre 2.	<input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia	
<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.	Se multiplica la prima anual por 1.06 y se divide entre 3.	<input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero	
<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.	Se multiplica la prima anual por 1.07 y se divide entre 4.	Indique si tiene pólizas con otra compañía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<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.	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.	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*	Sin recargo*	Prima: _____	
	(*) Para optar por esta opción debe completar el formulario respectivo.			Recargo por Fraccionamiento: _____	
				Impuesto de ventas: _____	
				PRIMA TOTAL A PAGAR: _____	

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
<ol style="list-style-type: none"> 1. En caso de un evento comunicarse al teléfono 800-Teleins (800-8353467) o a la dirección electrónica: contactenos@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.

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 Asegurado / 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.</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.

Los siguientes datos complementan la información corresponde a la Política Conozca a su Cliente, en virtud de lo estipulado en la Normativa para el Cumplimiento de la Ley N°8204.

Fecha de la última actualización de la Política Conozca a su Cliente ante el INS: _____

Datos adicionales del asegurado (Persona Física)	
Nombre del patrono o naturaleza de la actividad independiente:	
Ingreso promedio mensual:	
Describa el origen de los fondos:	
¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado (PEP ¹), en territorio nacional o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí Detalle el cargo: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Desempeña alguna de las actividades indicadas en el artículo 15 de la Ley N°8204 ² ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Datos adicionales del asegurado (Persona Jurídica)	
Describa el origen de los fondos:	
¿Algún socio o beneficiario de la empresa desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado (PEP ¹), en territorio nacional o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí Detalle el cargo: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Desempeña alguna de las actividades indicadas en el artículo 15 de la Ley N°8204 ² ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL			
1er Apellido:	2do Apellido:	Nombre:	
Nº de Identificación:	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____		
País y lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Nacionalidad:			
Dirección exacta del domicilio actual:			
País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:	Teléfono oficina:	
Profesión:	Ocupación:	Correo electrónico:	

Declaro que la información provista en este formulario es fiel y verdadera, por tanto acepto que cualquier omisión o falsedad en los datos suministrados causaría la cancelación de los contratos de seguros; de igual manera me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información mientras exista una relación comercial.

Declaro que mis ingresos y activos han sido adquiridos a través de actividades lícitas y legítimas, de igual manera, que nunca he estado involucrado en delitos que quebranten la legislación nacional e internacional relacionada con la Legitimación de Capitales, Financiamiento del Terrorismo o Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

Autorizo al INS para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo dentro de estos la fotografía del documento de identidad y otros, permitidos de conformidad con la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968; así como bases de datos de entidades públicas. Además, de compartir la información y documentación que éste entregue o hubiera entregado en la Institución, con las empresas del Grupo INS, para analizar la factibilidad de ofrecerle un mejor servicio y productos de su interés.

Firma del Asegurado, Representante Legal o Tomador

Notas:
¹ Los cargos que se encuentran establecidos en el artículo 22 del **Reglamento General Sobre Legitimación Contra el Narcotráfico, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Delincuencia Organizada.**

² Entre otros: canje de dinero y transferencias, emisión, venta, rescate o transferencia de cheques viajeros, remesas de dinero desde o hacia el exterior, administración de recursos por medio de fideicomisos o cualquier otro tipo, que no sean intermediarios financieros.

Observaciones:
