



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 with fields for LUGAR, HORA, FECHA (DÍA, MES, AÑO)

DATOS DEL TOMADOR: Nombre o razón social, Dirección exacta, País, Provincia, Cantón, Distrito, Apartado, Teléfonos, Correo electrónico, Fax, Relación con el asegurado, Indique el medio por el cual desea ser notificado

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

Form with fields for Especie (Camarón, Tilapia, Pargo mancha), Ubicación de la unidad productiva (En tierra firme, Cultivo marino en jaulas), Proyección de hectáreas

VIGENCIA

Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COBERTURA

ELECCIÓN DE OPCIONES: Cobertura Básica (A: Riesgos de la Naturaleza), Suma asegurada, DEDUCIBLES COLONES Y DÓLARES (15% sobre el monto de la pérdida), Plan de pago (Anual, Pago único), Moneda (Colones, Dólares), Forma de Aseguramiento, Indique si tiene pólizas con otra compañía, Nombre de la Compañía Aseguradora, Número de póliza suscrita

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN: Solicitud debidamente cumplimentada, Certificado Veterinario de Operación (CVO), Asistencia técnica, Contrato de concesiones, Edades de contratación, Rendimientos históricos, Sistema de registros

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.

**NOTAS IMPORTANTES**

1. En caso de un evento comunicarse al teléfono 800-Teleins (800-8353467) o a la dirección electrónica: [contactenos@ins-cr.com](mailto: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**

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.

**DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA**

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.

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](http://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.

Firma y cédula del Tomador	Firma del Intermediario										
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	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.										
Firma: _____  N° de cédula: _____  En caso de persona jurídica, indicar además:  Nombre: _____  Cargo: _____  Lugar y fecha: _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="808 934 1537 976">Datos del Intermediario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="808 976 1537 1050">Nombre completo: _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="808 1050 1537 1123">N° de cédula: _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="808 1123 1537 1197">N° de intermediario: _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="808 1197 1537 1270">En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="808 1270 1537 1344">Firma: _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="808 1344 1537 1396">Fecha: _____ Hora: _____</td> </tr> <tr> <th data-bbox="808 1396 1537 1438">Datos del Representante Sede del INS</th> </tr> <tr> <td data-bbox="808 1438 1537 1512">Nombre completo: _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="808 1512 1537 1581">Firma: _____</td> </tr> </tbody> </table>	Datos del Intermediario	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: _____	Datos del Representante Sede del INS	Nombre completo: _____	Firma: _____
Datos del Intermediario											
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: _____											
Datos del Representante Sede del INS											
Nombre completo: _____											
Firma: _____											

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 número G12- 41-A01-803 V1 de fecha 28 de marzo del 2019.