



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

DATOS DEL TOMADOR. Si el Tomador y el Asegurado son la misma persona, omite llenar esta sección. Includes fields for name, ID, address, contact info, and relationship.

DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA FÍSICA). Includes fields for identification type, birth info, civil status, profession, and current address.

DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA JURÍDICA). Includes fields for legal name, activity, constitution date, and social/commercial addresses.

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.

DATOS DEL CULTIVO	INFORMACIÓN DE UNIDADES PRODUCTIVAS	
	Especie: <input type="checkbox"/> Camarón <input type="checkbox"/> Tilapia <input type="checkbox"/> Pargo mancha	
	Ubicación de la unidad productiva: <input type="checkbox"/> En tierra firme <input type="checkbox"/> Cultivo marino en jaulas	
	Área total de espejo de agua: _____	Monto total financiado: ₡/\$ _____
	<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	Nombre de la finca:		
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Dirección exacta:		
	En la unidad de producción vive alguien: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Quién? _____ Frecuencia de visitas? _____		
	<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario <input type="checkbox"/> Usufructuario <input type="checkbox"/> Depositario <input type="checkbox"/> Acreedor <input type="checkbox"/> Consignatario <input type="checkbox"/> 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: <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	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: _____ / _____ / _____

COBERTURA	
Cobertura Básica:	<input type="checkbox"/> A: Riesgos de la Naturaleza C/\$ _____
DEDUCIBLES COLONES Y DÓLARES	
Para todas las especies	<input type="checkbox"/> 15% sobre el monto de la pérdida
	<input type="checkbox"/> *Otro: _____
(*) La posibilidad de optar por otro deducible, implica una modificación en la tarifa de la cobertura.	
Plan de pago	Moneda
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único	<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	Prima: _____
Indique si tiene pólizas con otra compañía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Impuesto de ventas: _____
Nombre de la Compañía Aseguradora: _____	PRIMA TOTAL A PAGAR: _____
Número de póliza suscrita: _____	

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud debidamente cumplimentada. • Certificado Veterinario de Operación (CVO) de la unidad productiva. • Asistencia técnica por un profesional de las ciencias agropecuarias, marinas o biológicas • Contrato de concesiones • Aplicar paquete técnico • Edades de contratación: <ul style="list-style-type: none"> • Camarón y Pargo Mancha desde su establecimiento en la unidad productiva • Tilapia a partir del primer mes después de establecido en la unidad productiva • Rendimientos históricos de al menos 5 años • Sistema de registros de control productivo

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 éste 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 colspan="2" data-bbox="815 241 1534 283">Datos del Intermediario</th> </tr> <tr> <td colspan="2" 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> <tr> <th colspan="2" data-bbox="815 745 1534 787">Datos del Representante Sede del INS</th> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="815 787 1534 924"> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p> </td> </tr> </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> <tr> <th colspan="2" data-bbox="815 745 1534 787">Datos del Representante Sede del INS</th> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="815 787 1534 924"> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p> </td> </tr>		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> <tr> <th colspan="2" data-bbox="815 745 1534 787">Datos del Representante Sede del INS</th> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="815 787 1534 924"> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p> </td> </tr>		Datos del Representante Sede del INS		<p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</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-A01-803 V1 de fecha 28 de marzo del 2019.

Los siguientes datos complementan la información correspondiente 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:	
N° 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:
