

Moneda  
 Colones  Dolares

**DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO**

|  |  |                                  |  |   |  |
|--|--|----------------------------------|--|---|--|
| Primer Apellido:   |  | Segundo Apellido:                |  | Nombre Completo:  |  |
| Nombre o razón social:   |  |                                  |  |   |  |
| Tipo de Identificación:  |  |                                  |  | Estado Civil:   |  |
| <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo<br><input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma |  |                                  |  | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado<br><input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe<br><input type="checkbox"/> Otro : _____ |  |
| N° de Identificación   |  | Ocupación o actividad económica: |  |   |  |
| Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año   |  | Nacionalidad:                    |  | Sexo:   |  |
|  |  |                                  |  | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino  |  |
| Provincia:   |  | Cantón:                          |  | Distrito:   |  |
| Dirección exacta:  |  |                                  |  |   |  |
| Calle:   |  | Avenida:                         |  | Otras señas:  |  |
| Apartado:  |  | Teléfono Oficina:                |  | Teléfono Domicilio:   |  |
|  |  |                                  |  | Teléfono Celular:   |  |
| Ingreso mensual aproximado:  |  | Sitio Web.:                      |  | Dirección Electrónica:  |  |
| Nombre del Patrono:  |  | Teléfono del Patrono:            |  | N° de Fax:  |  |
| Cuenta Cliente:  |  | Banco Emisor:                    |  | Cantidad de Empleados (sólo para Empresas):   |  |

**DATOS DEL ASEGURADO SOLICITANTE**

|  |  |                                  |  |   |  |
|--|--|----------------------------------|--|---|--|
| Primer Apellido:   |  | Segundo Apellido:                |  | Nombre Completo:  |  |
| Nombre o razón social:   |  |                                  |  |   |  |
| Tipo de Identificación:  |  |                                  |  | Estado Civil:   |  |
| <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo<br><input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma |  |                                  |  | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado<br><input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe<br><input type="checkbox"/> Otro : _____ |  |
| N° de Identificación   |  | Ocupación o actividad económica: |  |   |  |
| Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año   |  | Nacionalidad:                    |  | Sexo:   |  |
|  |  |                                  |  | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino  |  |
| Provincia:   |  | Cantón:                          |  | Distrito:   |  |
| Dirección exacta:  |  |                                  |  |   |  |
| Calle:   |  | Avenida:                         |  | Otras señas:  |  |
| Apartado:  |  | Teléfono Oficina:                |  | Teléfono Domicilio:   |  |
|  |  |                                  |  | Teléfono Celular:   |  |
| Ingreso mensual aproximado:  |  | Sitio Web.:                      |  | Dirección Electrónica:  |  |
| Nombre del Patrono:  |  | Teléfono del Patrono:            |  | N° de Fax:  |  |
| Cuenta Cliente:  |  | Banco Emisor:                    |  | Cantidad de Empleados (sólo para Empresas):   |  |
| Edad:  |  | Peso: kgs.                       |  | Estatura: mts.  |  |
|  |  |                                  |  | ¿Es zurdo?  |  |
| Clase de riesgo (Marque con una x) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5  |  |                                  |  |   |  |

**DATOS DE LA PÓLIZA**

| <b>No. DE PÓLIZA</b>   |                | <b>FORMA DE PAGO: (*Ver Recargos por Fraccionamiento de Prima)</b> |         | <b>VIGENCIA PRIMERA CUOTA</b> |  |
|--|----------------|--|---------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 12 Anual <input type="checkbox"/> 06 Semestral <input type="checkbox"/> 03 Trimestral<br><input type="checkbox"/> 01 Mensual Corriente (Colectivas) |                | DESDE:   |         | HASTA:                        |  |
|  |                | Día / Mes / Año  |         | Día / Mes / Año               |  |
| <b>COBERTURAS SOLICITADAS</b>  |                |  |         |                               |  |
| RIESGO   | SUMA ASEGURADA | TIPO   | RECARGO | PRIMA ANUAL                   |  |
| Muerte accidental  |                |  |         |                               |  |
| Incapacidad Total y Permanente por Accidente   |                |  |         |                               |  |
| Incapacidad Temporal por Accidente   |                |  |         |                               |  |
| Gastos Médicos por Accidente   |                |  |         |                               |  |
|  |                |  |         | <b>PRIMA ANUAL TOTAL</b>      |  |
| Forma de pago: _____   |                |  |         |                               |  |
| Prima según forma de pago: _____   |                |  |         |                               |  |
| Actividad de la empresa para la cual usted labora:   |                |  |         |                               |  |
| Dirección exacta:  |                |  |         |                               |  |

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Si usted quedara temporalmente incapacitado para trabajar a consecuencia de un accidente, su patrono le paga:  
 Su salario completo     Medio Salario     No le paga nada

Usted recibe por esta prestación diaria \_\_\_\_\_

¿Recibe usted alguna indemnización de la Caja Costarricense del Seguro Social cuando está incapacitado a consecuencia de un accidente?  
 Si     No    En caso afirmativo, cuánto recibe diariamente: \_\_\_\_\_

Indique el monto de su salario: \_\_\_\_\_

Se asegura por:  Cuenta propia     Por cuenta de un tercero

Yo \_\_\_\_\_ consiento mi aseguramiento en este contrato.  
 Firma \_\_\_\_\_

Y para los casos de menores de edad:  
 Por tratarse de un asegurado menor de edad, Yo \_\_\_\_\_,  
 (\_\_\_\_\_) de \_\_\_\_\_,  
 (indicar parentesco) (indicar el Nombre del menor Asegurado)  
 consiento el aseguramiento en este contrato.  
 Firma \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS**

¿Tiene vigentes seguros contra accidentes y de vida?. En caso afirmativo cite el No. de póliza y monto:  
 Si     No    No de póliza: \_\_\_\_\_    Monto Asegurado \_\_\_\_\_

¿Tiene dentro de sus planes realizar algún viaje especial o empresa peligrosa?. En caso afirmativo, suministre detalles:  
 Si     No    Detalles: \_\_\_\_\_

¿Desea renovar este seguro o es de caracter temporal?.  
 Si     No

¿Maneja Motocicleta?. En caso afirmativo, con que frecuencia:  
 Si     No    Frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Practica algún deporte?. En caso afirmativo, indicar cuáles:  
 Si     No    ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS**

**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 u otros cargos similares y no consideraran 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.

**Expresar claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el solicitante**

|                      |                                     |              |  |               |           |            |
|----------------------|-------------------------------------|--------------|--|---------------|-----------|------------|
| Nombre:              | Identificación:                     | Parentesco:  | Sexo:<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje: % | Teléfono: | Ocupación: |
| Fecha de Nacimiento: | Dirección:<br>Provincia:    Cantón: | Otras señas: |  |               |           |            |
| Nombre:              | Identificación:                     | Parentesco:  | Sexo:<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje: % | Teléfono: | Ocupación: |
| Fecha de Nacimiento: | Dirección:<br>Provincia:    Cantón: | Otras señas: |  |               |           |            |

**INFORMACIÓN SOBRE SALUD DEL SOLICITANTE**

¿Usa bebidas alcohólicas?. En caso afirmativo, indique desde cuándo, frecuencia y cantidad.  
 Sí     No

¿Padece o ha padecido de alcoholismo?.  
 Sí     No  
 Detalles: \_\_\_\_\_

¿Fuma?.  Sí     No    ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Cantidad diaria \_\_\_\_\_

¿Dejó de fumar?.  Sí     No    ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Cantidad diaria que fumaba \_\_\_\_\_

¿Usa usted alguna otra droga?  
 Sí     No  
 Detalles: \_\_\_\_\_

Indique si ha sufrido o sufre en la actualidad alguna de las siguientes enfermedades o padecimientos (Indique SI o NO en cada caso).

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza persistente             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades del hígado o riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes                           |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vértigo o mareos                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del corazón            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sobrepeso u obesidad               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión o nervios                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión arterial alta             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colesterol y/o triglicéridos altos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ahogos o falta de aire            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Gota                               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apoplejía o derrame                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reumatismo                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer                             |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parálisis                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Afección de la columna vertebral  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otras enfermedades                 |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enferm. o padecimiento de los ojos      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lumbago                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros padecimientos                |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enferm. o padecimiento de los oídos     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ciática                           |  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enferm. o de los pulmones y/o bronquios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Minusvalía o discapacidad         |  |

Use este espacio para detallar enfermedades, intervenciones quirúrgicas, fechas, nombre de médicos, de clínicas u hospitales.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## NOTIFICACIONES

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Fax: \_\_\_\_\_  
 Apartado o Dirección: \_\_\_\_\_

Recuerde mantener actualizados sus datos.

## DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida.

Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar el contrato de seguro, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros.

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por 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.**

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.

**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 P16-33-A01-059-V3 de fecha 17 de diciembre del 2013 (colones) y P16-33-A01-060-V3 de fecha 17 de diciembre del 2013 (dólares).**

\_\_\_\_\_  
Firma y número de identificación del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y N° del Intermediario

LUGAR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

En mi calidad de Intermediario de Seguros, manifiesto que he revisado el riesgo en los términos que se indican en el contrato suscrito con el Instituto Nacional de Seguros como Intermediario y que desde mi perspectiva no existen agravaciones o limitaciones en otorgamiento de este seguro.

Nombre (s), Firma (s) y número (s) del (los) intermediario (s):

OBSERVACIONES:

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL SUSCRIPTOR:

Fecha de aceptación: