



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

SEGURO VOLUNTARIO DE AUTOMÓVILES

SOLICITUD DE SEGURO

Este documento constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto, ni de que, en caso de aceptarse, dicha aceptación concuerde con los términos establecidos en ella.

FECHA DE SOLICITUD

DD MM AA

LUGAR:

HORA:

TIPO DE TRÁMITE

Emisión Endoso N° PÓLIZA COLECTIVA O GRUPAL: N° PÓLIZA INDIVIDUAL:

DATOS DEL SOLICITANTE DEL SEGURO

SI EL TOMADOR DEL SEGURO Y EL ASEGURADO SON LA MISMA PERSONA OMITA LLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR

DATOS DEL TOMADOR

Nombre completo o razón social:

Tipo de identificación: **Persona Jurídica:** Nacional Gobierno Institución autónoma Extranjera
Persona Física: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro:

N° Identificación / Cédula Jurídica: Correo electrónico:

Domicilio:

Provincia: Cantón: Distrito: Teléfono/Celular:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo o razón social:

Tipo de identificación: **Persona Jurídica:** Nacional Gobierno Institución autónoma Extranjera
Persona Física: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro:

N° Identificación / Cédula Jurídica: Correo electrónico:

Domicilio:

Provincia: Cantón: Distrito: Teléfono/Celular:

INDIQUE EL MEDIO POR EL CUAL PUEDE NOTIFICADO: Notificar al Tomador Notificar al Asegurado

Medio de notificación: Domicilio N° Telefónico Correo electrónico Apartado postal: Fax:

DATOS DEL RIESGO

PLACA: MARCA, MODELO y SERIE: COMBUSTIBLE: AÑO: COLOR:

PESO BRUTO: CILINDRAJE: CAPACIDAD: CARGA: Combustible Mat. Construcción Gas Licuado Animales Líquidos Madera

TIPO de VEHÍCULO:

N° CHASIS / VIN: N°MOTOR:

USO: Personal Personal-Comercial Comercial Alquiler Especifique uso:

RUTA BUS/MICROBUS: Nacional Internacional No remunerado VALOR VEHÍCULO: ¢ \$

Actualización Automática de Monto Asegurado: Sí No

Vehículo hecho a la medida o modificado Sí No Describa en observaciones las diferencias con respecto al modelo original de fábrica.

Vehículo exonerado de impuestos de nacionalización Sí No

Extraprime reconocimiento pago facturas de repuestos a valor con impuestos Sí No

ASPECTOS RELACIONADOS AL RIESGO

Interés Asegurable sobre el vehículo (esta condición se verifica en el trámite indemnizatorio):

Accionista (Propietario) Propietario Cónyuge Arrendatario Depositario Judicial Acreedor Prendario Comodatario Otro:

Acreedor Prendario: Identificación: Tipo de identificación: Monto: Porcentaje Acreencia:

Conductor Habitual (sólo si el Asegurado es persona jurídica): Identificación:

FORMAS DE ASEGURAMIENTO

VALOR DECLARADO PRIMER RIESGO ABSOLUTO VALOR CONVENIDO

DETALLE DE DEDUCIBLES (según moneda contratada)

Cobertura "C"

° Ordinario 20% con mínimo de: ₡150.000,00 \$250,00

° Opcional Fijo:

- ₡400.000,00 \$670,00
- ₡500.000,00 \$830,00
- ₡600.000,00 \$1.000,00
- ₡700.000,00 \$1.170,00
- ₡1.000.000,00 \$1.670,00
- ₡1.200.000,00 \$2.000,00
- ₡1.500.000,00 \$2.500,00
- ₡5.000.000,00 \$8.330,00

° Deducible porcentual 20% con un mínimo opcional de:

- ₡300.000,00 \$500,00
- ₡500.000,00 \$830,00
- ₡600.000,00 \$1.000,00
- ₡700.000,00 \$1.170,00
- ₡1.000.000,00 \$1.670,00
- ₡1.200.000,00 \$2.000,00
- ₡1.500.000,00 \$2.500,00
- ₡5.000.000,00 \$8.330,00

° Deducible Único por Evento

- ₡400.000,00 \$670,00

Coberturas "D", "F", "H"

° Ordinario 20% con mínimo de: ₡150.000,00 \$250,00

° Opcional Fijo:

- ₡400.000,00 \$670,00
- ₡500.000,00 \$830,00
- ₡600.000,00 \$1.000,00
- ₡700.000,00 \$1.170,00
- ₡1.000.000,00 \$1.670,00
- ₡1.200.000,00 \$2.000,00
- ₡1.500.000,00 \$2.500,00
- ₡5.000.000,00 \$8.330,00

° Deducible porcentual 20% con un mínimo opcional de:

- ₡300.000,00 \$500,00
- ₡500.000,00 \$830,00
- ₡600.000,00 \$1.000,00
- ₡700.000,00 \$1.170,00

° Deducible Único por Evento

- ₡400.000,00 \$670,00

° Deducible Porcentual Sobre Monto Asegurado:

- 5% 10%

° Vehículos de Alquiler Deducible Único de

- ₡500.000,00 \$830

° Primer Riesgo Absoluto Deducible Fijo

- ₡200.000,00 \$330

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA EL CONDUCTOR

Nombre completo	Número de identificación	Tipo de identificación	Porcentaje de beneficio

La designación de beneficiarios opera en caso de suscripción de la cobertura "P" Gastos Médicos y Funerarios de Ocupantes y Muerte del Conductor

PLAZO DE VIGENCIA

Vigencia: Desde: / / Hasta: / / Anual Corto Plazo

ELECCIÓN DE OPCIONES

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Mensual Conducto de Cobro: Cargo Automático Deducción Mensual

DETALLE DE COBERTURAS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRIMA
<input type="checkbox"/> A	Responsabilidad Civil Extracontractual por Lesión y/o Muerte de Personas. Montos asegurados por persona y por accidente: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> B	Servicios Médicos Monto asegurado: <input type="checkbox"/> ₡3.000.000 o \$6.000 <input type="checkbox"/> ₡5.000.000 o \$10.000 <input type="checkbox"/> ₡8.000.000 o \$16.000 Familiares Básica. <input type="checkbox"/> ₡10.000.000 o \$20.000 <input type="checkbox"/> ₡15.000.000 o \$30.000	
<input type="checkbox"/> C	Responsabilidad Civil Extracontractual por Daños a la Propiedad de Terceros. Monto asegurado por accidente: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> D	Colisión y/o Vuelco.	
<input type="checkbox"/> E	Gastos Legales.	
<input type="checkbox"/> F	Robo y/o Hurto. Dispositivo de seguridad: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿De que tipo? <input type="text"/> Descuento aplicable: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> G	Multiasistencia Automóviles.	
<input type="checkbox"/> H	Riesgos Adicionales.	
<input type="checkbox"/> J	Pérdida de Objetos Personales. Monto asegurado por evento: <input type="checkbox"/> ₡150.000 <input type="checkbox"/> \$250	
<input type="checkbox"/> K	Indemnización para Transporte Alternativo Opción días asegurados: <input type="checkbox"/> 5 días <input type="checkbox"/> 10 días <input type="checkbox"/> 15 días <input type="checkbox"/> 20 días <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días Monto por día: <input type="checkbox"/> \$40 <input type="checkbox"/> \$75 <input type="checkbox"/> \$95 <input type="checkbox"/> \$105	
<input type="checkbox"/> M	Multiasistencia Extendida.	
<input type="checkbox"/> N	Exención de Deducible <input type="checkbox"/> Para Cobertura "C" <input type="checkbox"/> Para Cobertura "D" <input type="checkbox"/> Para Cobertura "F" <input type="checkbox"/> Para Cobertura "H"	
<input type="checkbox"/> P	Gastos Médicos y Funerarios de Ocupantes y Muerte del Conductor Monto asegurado: <input type="checkbox"/> ₡3.000.000 o \$6.000 <input type="checkbox"/> ₡5.000.000 o \$10.000 <input type="checkbox"/> ₡10.000.000 o \$20.000 <input type="checkbox"/> ₡15.000.000 o \$30.000 <input type="checkbox"/> ₡20.000.000 o \$40.000	

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN					PRIMA
<input type="checkbox"/> Y	Extraterritorialidad.	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	Destino:	Desde: dd-mm-aa	Hasta: dd-mm-aa	
<input type="checkbox"/> Z	Riesgos Particulares					
<input type="checkbox"/> IDD	Indemnización del deducible:	Monto asegurado:	<input type="checkbox"/> ¢200.000 o \$330 <input type="checkbox"/> ¢300.000 o \$500 <input type="checkbox"/> ¢400.000 o \$670 <input type="checkbox"/> ¢500.000 o \$830			
<input type="checkbox"/> IDP	Indemnización del Deducible Plus	Monto asegurado:	<input type="checkbox"/> ¢200.000 o \$330 <input type="checkbox"/> ¢300.000 o \$500 <input type="checkbox"/> ¢400.000 o \$670 <input type="checkbox"/> ¢500.000 o \$830 <input type="checkbox"/> ¢600.000 o \$1.000			

OTROS BIENES Y RIESGOS ASEGUARABLES

<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil bajo los efectos del Alcohol	
<input type="checkbox"/>	Blindaje (Brindar detalle en Observaciones)	Monto total asegurado:
<input type="checkbox"/>	Acople de vehículos sin tracción propia	Valor promedio del vehículo remolcado:
<input type="checkbox"/>	Equipo Especial (Brindar detalle y monto de cada aditamento en Observaciones)	Monto total asegurado:
<input type="checkbox"/>	Protección contra actuaciones del conductor del vehículo asegurado de una flotilla	
<input type="checkbox"/>	Declaraciones	Tipo de Movimiento:
	<input type="checkbox"/> Cob. A <input type="checkbox"/> Cob. C <input type="checkbox"/> Cob. D <input type="checkbox"/> Cob. F <input type="checkbox"/> Cob. H	

PRIMA DEL SEGURO

Sub Total:	Experiencia Siniestral:	Otro (aclare):	I.V.A.:	Total:

OBSERVACIONES

--

¿El vehículo cuenta con seguro vigente con otra aseguradora? SÍ NO ¿Con cuál compañía?:

Se adjuntan fotografías del vehículo SÍ NO No se requieren N° consecutivo Web:

NOTAS IMPORTANTES

Declaro que la información detallada en este documento es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad, dando como resultado la terminación del contrato de seguros, de conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Asimismo, el INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas, y me comprometo a comunicar los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

El INS incluirá la información del tomador/asegurado en una base de datos bajo su responsabilidad, la cual cuenta con medidas de seguridad adecuadas; podrá trasladar los datos a su personal, socios comerciales y a las empresas del Grupo INS con el objetivo de ejecutar el contrato y ofrecer productos o servicios adicionales, sujeto a las políticas y normativa sobre la protección de datos. Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el tomador/asegurado tienen derecho a la rectificación, restricción o supresión de sus datos de la base conformada por el INS sin que ello afecte los datos registrados en los contratos.

He recibido la Información previa al perfeccionamiento del contrato de seguros y las Condiciones Generales de este seguro, que me fue explicada por el intermediario de seguros abajo firmante; manifiesto haberla entendido, la acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud el seguro podrá ser emitido en esas condiciones. Además, se me ha informado que: a) Una vez suscrita la póliza se me entregará las Condiciones Particulares que rigen este contrato de seguro. b) Que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones, y c) Que puedo además consultar las condiciones contractuales de este seguro en la dirección electrónica: www.grupoins.com o por el número telefónico 800-835-3467 TeleINS.

Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio 800-800-8000 para el reporte del evento, así como al 800-800-8001 para la solicitud de servicios de asistencia, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización y asistencias.

PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos 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; de igual manera, toda comunicación se realizará al Tomador del Seguro o al Solicitante al medio que informó al Instituto para notificaciones.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA Y FORMA DE ACCEDERLA

Las Condiciones Generales de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com. Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico contactenos@grupoins.com. Nuestras oficinas centrales se encuentran ubicadas en San José, Central, calles 9 y 11, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.

Firma del Tomador del Seguro

Nº Identificación

Si es persona jurídica indique el cargo

Firma del Asegurado

Nº Identificación

Si es persona jurídica indique el cargo

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

En mi calidad de Intermediario de seguros, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fe que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para el riesgo descrito, desde mi perspectiva no existen agravaciones para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva aceptar o rechazar el aseguramiento.

Nombre del intermediario (o representante del INS):

Firma

Código del intermediario de seguros / Fecha

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, bajo el registro: Seguro Voluntario de Automóviles G01-01-A01-012-V30 del 09 de mayo del 2025.