

Este documento solo 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.

FECHA DE SOLICITUD		
DD	MM	AA
LUGAR:		
HORA:		

TIPO DE TRÁMITE

Emisión Inclusión en colectiva Variación Cotización

Nº de póliza colectiva:

Nº de póliza individual:

DATOS DEL TOMADOR

Nombre completo (primer apellido, segundo apellido, nombre) o razón social:

Tipo de identificación: Persona jurídica: Nacional Extranjera Gobierno Institución autónoma

Persona física: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte

Otro:

Nº Identificación:

País:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Dirección exacta de domicilio:

Teléfono oficina:

Teléfono domicilio:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

Relación con el asegurado:

Familiar Comercial Laboral Otro:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo (primer apellido, segundo apellido, nombre) o razón social:

Tipo de identificación: Persona jurídica: Nacional Extranjera Gobierno Institución autónoma

Persona física: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte

Otro:

Nº Identificación:

País:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Dirección exacta de domicilio:

Teléfono oficina:

Teléfono domicilio:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

Recuerde mantener actualizados sus datos

Señale la persona y el medio por el cual poder ser notificado:

Tomador Asegurado Correo electrónico Residencia Otro medio (indique cuál):

DATOS DE LA PROPIEDAD A ASEGURAR (ZONA DE FUEGO)

Notas:

1) Los datos marcados con asterisco (*) deben completarse de forma obligatoria

2) Si existen más zonas de fuego, declarélas en formulario o documentos adicionales en cualquier formato.

(*) Georreferencia: Latitud: Longitud: (*) ¿Está localizado en una esquina?: Sí No

Nota: Debe indicarse en coordenadas utilizando siete decimales. Ejemplo: Latitud: 12.3456789 Longitud: -80.3456789

(*) País:

(*) Provincia:

(*) Cantón:

(*) Distrito:

Urbanización, barrio, residencial, condominio, etc.

Casa de habitación Apartamento en condominio

Otras señas:

Nº de folio real o finca:

(*) Rangos de año de construcción: Antes de 1974 1974-1985 1986-2001 2002-2009 2010 a la actualidad

Área total de construcción (m²): ¿El área de construcción por piso es igual? Sí No

(*) Cantidad de pisos: ¿En qué piso se ubica el bien a asegurar?:

Sistema eléctrico: Entubado parcialmente
 Cuchilla principal

Entubado totalmente
 Breaker principal

Caja de Breaker
 Tomacorriente polarizado

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios: Dirección electrónica:

www.grupoins.com / Consultas: contactenos@grupoins.com / Teléfono 2287-6000-Defensoría : defensoria@grupoins.com / Línea Gratuita 800-DEFENSORIA

Estado de conservación: Óptimo Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

(*) ¿Se han realizado modificaciones a la estructura original para soportar cargas adicionales (SOBREPESO)? Sí No

INTERÉS ASEGUARABLE DEL SOLICITANTE

Propietario Arrendatario Usufructuario Depositario Acreedor Consignatario Otro, especifique: _____

(*) Actividad desarrollada en el inmueble: _____

Si el inmueble comparte varias actividades, debe especificar: % dedicado a casa de habitación: _____ % dedicado a otras ocupaciones: _____

Detalle: _____

Inmueble ocupado por: Propietario Inquilino. Indique el nombre del propietario del inmueble y dirección: _____

Aseguramiento de condominios:

En caso de asegurar condominios habitacionales, debe proporcionar el desglose (física o magnéticamente) correspondiente a los condominios que lo componen, basándose en la siguiente información: descripción, Nº Finca Filial, área en metros cuadrados y monto asegurado.

¿Se utiliza Gas LP? Si No Utiliza otro tipo de sustancias inflamables o líquidos combustibles. Si existen o se depositan en inmueble asegurado, indique tipo de sustancia y cantidad. _____

COLINDANTES

Detalle de Colindantes:

Norte: _____ Sur: _____ Este: _____ Oeste: _____

Si la propiedad a asegurar está cerca de Río Línea pleamar ordinaria Lago Talud Pendiente
 Otro cuerpo natural de agua Ninguna de las anteriores

Indique a qué distancia: 0 a 5m De 6 a 10 m De 11 a 20 m De 21 a 49 m De 50 a 100 m Más de 100 m

DETALLES Y VARIABLES DEL TIPO DE CONSTRUCCIÓN

Nota: Seleccione el material predominante en el edificio. Esta información debe completarse de carácter obligatorio

- E1 **Mampostería:** Paredes de ladrillo de arcilla con vigas y columnas de concreto con armadura de metal.
- E2 **Mampostería:** Paredes de block con vigas y columnas chorreadas en concreto con armadura de metal.
- E3 **Concreto reforzado colado en sitio:** Paredes o muros chorreados, con armadura interna de hierro, varillas.
- E4 **Concreto prefabricado:** Corresponde a todas las casas pequeñas construidas en sistemas prefabricados, baldosas de concreto
- E5 **Panelería liviana a doble forro:** Paredes de Fibrolit, Gypsum o Fibrocemento u otro similar, con una armadura liviana interna de aluminio o latón.
- E6 **Panelería tipo emparedado:** Similar a la definición anterior, solo con revestimiento por una cara o lado, también se puede considerar paredes de tipo similar a la marca convitec, estereofón con armadura calibre bajo, con concreto inyectado a presión, similar a concreto.
- E7 **Madera:** Madera.
- E8 **Mixto (Madera - Concreto) u otro:** Mixto, puede ser Zócalo: Concreto armado, Mampostería hasta una altura determinada, seguida por estructura de madera o metal, paredes de madera, HG (Hierro Galvanizado), Fibrocemento (Fibrolit, Gypsum, Denn Glass).
- E9 **Marcos de concreto con muros de corte:** Pared Estructural de mayor rigidez y mayor capacidad soportante de empuje lateral.
- E10 **Marcos de acero:** Estructuras de acero, hierro H o I, alma llena.
- E11 **Estructuras sobreplantadas:** Edificios conformados por estructuras de contenedores sobreplantados.
- E12 **Naves de mampostería:** Edificios similares a bodegas muy grandes, construido en concreto.
- E13 **Naves de acero:** Edificios similares a bodegas muy grandes, construido en metal, pisos de concreto.
- E14 **Naves de Concreto prefabricado:** Edificios similares a bodegas muy grandes, construido en concreto prefabricado.

VULNERABILIDAD DEL CONTENIDO

Aplicable para el rubro de menaje. La vulnerabilidad del contenido hace referencia a la susceptibilidad que tiene de sufrir algún daño en caso de sismo.

Para el contenido indicado en esta solicitud se ha predefinido una vulnerabilidad REGULAR, donde se considera que los contenidos sí son susceptibles de llegar a sufrir daños, pero no se trata de objetos frágiles que pueden sufrir un alto grado de destrucción en caso de sismo.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA COBERTURA Y

Nota: Omita completar esta información si no suscribe la cobertura Y: Daño Directo de Contenidos (ampara robo)

Vigilancia <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa Horario de servicio: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno ¿Propiedad permanece sola? <input type="checkbox"/> Sí Indique cantidad de horas: _____ <input type="checkbox"/> No Indique cualquier otra medida de seguridad:	Alarma contra Robo <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Magnética (*) <input type="checkbox"/> Electrónica (*) <input type="checkbox"/> Conectada con central de seguridad (**) (*) Adjuntar documento de última revisión (**) Adjuntar contrato <input type="checkbox"/> Circuito cerrado de TV en jardines <input type="checkbox"/> Luces infrarrojas o rayos láser en jardines	Cerraduras de (puertas externas) <input type="checkbox"/> Llavín sencillo <input type="checkbox"/> Llavín doble paso <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Tapias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Altura: _____ Material: _____ <input type="checkbox"/> Con alambre navaja Frente de la propiedad <input type="checkbox"/> Muros <input type="checkbox"/> Verjas <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ventanas Tipo: <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Con celosías <input type="checkbox"/> Verjas <input type="checkbox"/> Cortinas metálicas <input type="checkbox"/> Vidrio de seguridad <input type="checkbox"/> Otro: _____ Puertas Externas <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Vidrio <input type="checkbox"/> Verjas o anteportón <input type="checkbox"/> Contrapuerta <input type="checkbox"/> Marco de seguridad <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--	--	--

DESCUENTOS APLICABLES POR MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PRÁCTICAS SOSTENIBLES CON EL AMBIENTE

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL RIESGO DE INCENDIO

- (Sistema de protección contra incendio automático Detectores de humo, llama y/o térmicos
 Sistema de protección contra incendio automático manual Alarma Sonora y/o visual.
 Implementación de código eléctrico *

* Requisito para optar por el descuento: Certificación o Constancia de revisión y/o modificación del sistema eléctrico, conforme al Reglamento.

PRÁCTICAS SOSTENIBLES

- Uso de Bombillos LED en un porcentaje mayor a 70% en la residencia
 Instalación y Uso de Paneles Solares para obtener energía

ACCIDENTES PERSONALES

Asegurado y Asegurados Dependientes	Nombre y apellidos	Nº. Cédula	Fecha Nac. día/mes/año	Edad	Zurdo		Suma Asegurada		
					Sí	No	Muerte Accidental (*)	Incapacidad Total o Parcial Permanente por accidente(**)	Gastos Médicos por accidente (***)
Asegurado									
Cónyuge/ Conviviente									
Hijo									
Hijo									
Hijo									
Hijo									

(*) Para el riesgo de Muerte Accidental la suma asegurada máxima no debe superar los ¢30.000.000 o \$48.000.

(**) Para el riesgo de Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente el monto asegurado podrá ser una suma igual o hasta el doble de la suma asegurada en la cobertura de muerte accidental con un límite máximo de ¢30.000.000 o \$48.000.

(***) La suma máxima a asegurar será el equivalente al 10% del monto asegurado en la cobertura de Muerte Accidental.

Si algún Asegurado ha recibido o está recibiendo indemnización por accidente o enfermedad, indique su nombre: _____

Si algún Asegurado presenta defecto físico, mutilación o deformación, indique su nombre: _____

Parte afectada: _____ Causa: _____ Fecha del suceso: _____ Grado de la pérdida: _____

Autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales o instituciones de salud, a que suministren información completa (copias de sus archivos) en relación con esta solicitud, al Instituto Nacional de Seguros.

Nombre del Asegurado: _____ Firma: _____

COBERTURA RIESGOS DEL TRABAJO

Cantidad de trabajadores permanentes por asegurar:

Opción 1: Un trabajador Opción 2: Dos trabajadores Opción 3: Tres o más trabajadores

DATOS DE LOS TRABAJADORES PERMANENTES ASEGUADOS (utilice hojas adicionales en caso necesario)

Nombre y apellidos	Número de cédula	Ocupación

RESPONSABILIDAD CIVIL

CONDICIONES DE ASEGUARABILIDAD

Gradas: Piso antideslizantes Cubiertas con alfombras Cintas antideslizantes Pasamanos en escaleras Pasamanos en desniveles

Piscinas: Pisos antideslizantes Baños y áreas de acceso Áreas expuestas de piscina

Medidas de seguridad: Salvavidas Flotadores Otras: (tales como demarcaciones) Especifique: _____

Animales: ¿Posee animales domésticos, de caza o guardianes?: Sí No

¿Se mantienen dentro de los predios asegurados?: Sí No

¿Existen avisos o medidas preventivas que advierten la tenencia de animales?: Sí No

¿Permanecen en áreas de seguridad o dentro del inmueble?: Sí No

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios: Dirección electrónica: www.grupoins.com / Consultas: contactenos@grupoins.com / Teléfono 2287-6000-Defensoría : defensoria@grupoins.com / Línea Gratuita 800-DEFENSORIA

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

En 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 un instrumento adecuado para tales designaciones.

Tipo de identificación: Persona jurídica: Nacional Extranjera Gobierno Institución autónoma

Persona física: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: _____

Nº de Identificación: _____

Nombre completo (primer apellido, segundo apellido, nombre): _____

Parentesco o interés: _____

Porcentaje: _____

DATOS DEL ACREDITADOR

Tipo de identificación: Persona jurídica: Nacional Extranjera Gobierno Institución autónoma

Persona física: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: _____

Nº de Identificación: _____ Nombre o Razón social: _____

Monto de la acreencia: _____

Grado de la acreencia: _____

DATOS DE LA PÓLIZA

VIGENCIA DEL SEGURO: Desde: _____

Hasta: _____

Este seguro puede ser suscrito por una vigencia anual o por un período inferior (corto plazo). La estructura tarifaria del seguro para cada opción de vigencia es diferente y dependerá del número de días por el que se contrate este seguro.

MONEDA: Colones Dólares

PLAN DE PAGO: Anual Cuatrimestral Bimestral Semestral Trimestral Mensual

INDIQUE SI TIENE PÓLIZAS SUSCRITAS CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA: Sí No

Nombre de la compañía aseguradora: _____

Número de póliza suscrita: _____

FORMA DE ASEGURAMIENTO: Aseguramiento por cuenta de un tercero Aseguramiento por cuenta propia

VÍA DE PAGO: Cargo automático (mensual) Deducción mensual

Para optar por alguna de estas vías de pago debe completar el formulario respectivo

RUBROS ASEGURADOS

Si existen más zonas de fuego, declárelas en formulario o documentos adicionales en cualquier formato.

RUBROS POR ASEGURAR	MONTO TOTAL EXPUESTO (aplica para opción de aseguramiento Coaseguro 80%)(*)	MONTO ASEGURADO	PRIMA
Residencia			
Propiedad Personal			
Joyería			
Obras de arte			
Pérdida de Rentas	No aplica		
Responsabilidad Civil	No aplica		
Riesgos del Trabajo	No aplica	*ver detalle en sección anterior	
Accidentes Personales	No aplica	*ver detalle en sección anterior	
(*) Opción de Aseguramiento (dato obligatorio)	<input type="checkbox"/> Al 100% <input type="checkbox"/> Coaseguro 80%		
(**) Detalle de obras complementarias: Bodegas:	Monto asegurado: _____	Area total m2: _____	Prima
Piscinas:	Monto asegurado: _____	Area total m2: _____	Recargo por fraccionamiento
Garajes:	Monto asegurado: _____	Area total m2: _____	IVA
Condición de aseguramiento:	<input type="checkbox"/> Valor de Reposición <input type="checkbox"/> Valor Real Efectivo <input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____		Prima Total
Nota:	Notas: Obras de arte y joyas se aseguran a valor convenido.		

DETALLE DE COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICAS:

- * La cobertura básica y obligatoria cuando se asegura solo el rubro de edificio es la cobertura V.
- * La cobertura básica y obligatoria cuando se asegura solo el rubro de contenido es la cobertura Y (si se incluye la protección contra robo) o la cobertura X (si no se incluye la protección contra robo)
- * Las coberturas básicas y obligatorias cuando se asegure simultáneamente el rubro de edificio y contenido serán las coberturas V y Y o X (una de estas dos últimas, las cuales son excluyentes).

V: Daño Directo Bienes Inmuebles

Y: Daño Directo de Contenidos (ampara robo)

Con lista Sin Lista

Clasificación del Riesgo: Grupo 1A Grupo 1B Grupo 2 Grupo 3

Medidas de seguridad obligatorias para otorgar esta cobertura:

1) Protección en las ventanas 2) Llavines de doble paso en las puertas de acceso al exterior

X: Daño Directo de Contenidos (excluye robo)

Con lista Sin Lista

COBERTURAS ADICIONALES:

- * Para contratar cualquier cobertura adicional se debe suscribir al menos una de las coberturas básicas de daño directo: V o Y/X (una de estas dos últimas, las cuales son excluyentes).

D: Convulsiones de la Naturaleza Participación del asegurado en la pérdida 0% 10% 20%

H: Pérdida de Rentas por Contrato de Arrendamiento Período de indemnización: 3 meses de 4 a 6 meses de 7 a 12 meses

K: Responsabilidad Civil

M: Riesgos del Trabajo Hogar

P: Accidentes personales

T: Cobertura de Servicios de Multiasistencia Hogar (GRATUITA)

Aplica si tiene suscritas como mínimo la cobertura básica V + la cobertura adicional D

S: Cobertura de Servicios de Multiasistencia Hogar Extendida*

* Nombre del beneficiario del servicio (en caso de que el Asegurado sea persona jurídica):

PROTECCIÓN CONTRA LA INFLACIÓN (PCI)

El Instituto conviene en aumentar al final de cada año-póliza, en forma automática, la suma asegurada sobre el (los) edificio (s) y/o vivienda (s) declarados en esta póliza, en la misma proporción de incremento que señale el índice del costo promedio por metro cuadrado para la vivienda, calculado por el INS con base en información de Estadísticas Económicas para la Construcción, emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Censos -INEC-.

No aplicar

DETALLE DE DEDUCIBLES

V Daño directo bienes inmuebles	Incendio	Sin deducible
	Vientos Huracanados Vientos locales Inundación Deslizamiento	<input type="checkbox"/> 1% del monto asegurado en el rubro afectado a la fecha del siniestro. Monto mínimo: ¢62.500 o \$100 por evento <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Riesgos Varios	<input type="checkbox"/> ¢62.500 o \$100 fijos por evento
	Lluvia y Derrame	<input type="checkbox"/> Otro: _____
X/Y Daño directo contenidos	Incendio	Sin deducible
	Vientos Huracanados Vientos locales Inundación Deslizamiento	<input type="checkbox"/> 1% del monto asegurado en el rubro afectado a la fecha del siniestro. Monto mínimo: ¢62.500 o \$100 por evento <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Robo y tentativa de robo (cobertura Y)	<input type="checkbox"/> 10% de la pérdida Monto mínimo: ¢62.500 o \$100 por evento <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Riesgos Varios Lluvia y Derrame	<input type="checkbox"/> ¢62.500 o \$100 fijos por evento <input type="checkbox"/> Otro: _____
D Convulsiones de la naturaleza		<input type="checkbox"/> 1% del monto asegurado en el rubro afectado a la fecha del siniestro Monto mínimo: ¢62.500 o \$100 por evento <input type="checkbox"/> Otro: _____
H-Pérdida de renta por contrato de arrendamiento		<input type="checkbox"/> Mínimo 3 días <input type="checkbox"/> Otro: _____
K- Responsabilidad Civil		Sin deducible
M- Riesgos del Trabajo		Sin deducible
P-Accidentes personales (aplica solamente a la cobertura de Gastos médicos)		<input type="checkbox"/> 10% del total de los gastos con un monto mínimo de ¢20.000 o \$40. <input type="checkbox"/> Otro: _____

OTROS TEMAS

1. En caso de un evento, comunicarse al teléfono 800-TELEINS (800-835-3467), o a la dirección: contactenos@grupoinc.com
2. El Instituto Nacional de Seguros tendrá la potestad de solicitar una certificación de la resistencia al fuego, cuando así lo estime necesario, extendida por laboratorios oficiales o privados, nacionales o extranjeros, acreditados para tal fin por la autoridad competente, cuyas pruebas serán las que la Asociación Norteamericana de Ensayo de Materiales -ASTM (American Society of Testing Materials) - tenga publicadas en su última edición, tal como lo regula el Reglamento de Construcciones vigentes.
3. 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.

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

- Solicitud del aseguramiento debidamente cumplimentado.
- Cuando el Asegurado opte por el aseguramiento sin lista (cobertura Y o X): detalle de los bienes a asegurar, indicando marca, serie, modelo, antigüedad y valor para todos los bienes que sobrepasen los \$2000 o su equivalente en colones. **En caso de no reportarse este detalle, la responsabilidad máxima del Instituto será hasta por la suma antes indicada por artículo.**
- Obras de arte (para las opciones 1 con lista y 2 sin lista): detalle de la obra con el nombre, autor, técnica, valor; así como facturas, certificaciones de autenticidad, fotografías.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El INS incluirá la información del tomador/asegurado en una base de datos, bajo su responsabilidad, que 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.

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, 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.

Firma del Asegurado y/o Tomador

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 éste dentro de un plazo máximo de treinta 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 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 ACEDERLA

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.grupoinc.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 ASEGURADO O TOMADOR

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.

Asegurado o Tomador:

Firma

Número de identificación

En caso de persona jurídica debe firmar el representante legal y consignar su nombre completo e identificación

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

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 que para 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.

Nombre, firma y número de intermediario (o representante de sucursal del INS):

En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia o Corredora, indique el nombre y número de la misma:

Riesgo aceptado por:	Revisado por:
----------------------	---------------

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 G06-44-A01-0142 V16 de fecha 01 de febrero de 2025.

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios: Dirección electrónica: www.grupoinc.com / Consultas: contactenos@grupoinc.com / Teléfono 2287-6000-Defensoría : defensoria@grupoinc.com / Línea Gratuita 800-DEFENSORIA