



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

SOLICITUD PARA INCLUSIÓN EN UN SEGURO DE PROTECCIÓN CREDITICIA

Modalidad: ☐ Saldo de la deuda ☐ Monto Original ☐ Tarjetahabientes ☐ Protección Crediticia Flexible ☐ Flexible Monto Original

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

LUGAR:			HORA:	
FECHA:	DÍA:	MES:	AÑO:	
TIPO DE TRÁMITE				
☐ COTIZACIÓN		☐ EMISIÓN		☐ VARIACIÓN
				N° DE PÓLIZA:

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Tomador de Seguro: _____

Número de Póliza: _____

Cobertura de Muerte	N° Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____
Cobertura de BI:	N° Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____
Cobertura de Desempleo:	N° Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____
Cobertura de Incapacidad Temporal (únicamente para Colectivo Flexible y Monto Original Flexible)	N° Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____
Cobertura de Gastos Funerarios (únicamente para Monto Original Flexible)	N° Operación _____	Monto Asegurado _____	Cuota mensual _____

Límite de la Tarjeta: _____ (Aplica únicamente para Tarjetahabientes)

El monto asegurado en caso de elegir la opción Flexible corresponde a: ☐ Saldo ☐ Monto Original

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de Identificación: ☐ Persona física ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso Trabajo					
N° Identificación:			Ocupación o actividad económica:		
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Edad	Nacionalidad		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino
Provincia		Cantón		Distrito	
Dirección exacta:					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Celular:	
Dirección Electrónica:		Fecha de ingreso al grupo:		Fecha de inicio de labores con el patrono:	
¿Usted contaba o cuenta con un seguro de protección crediticia con otra compañía aseguradora? ☐ SI ☐ NO					
Nombre de la compañía _____				N° de póliza _____	

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un menor 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 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.

En caso que proceda una indemnización, el Instituto Nacional de Seguros indemnizará el saldo de la deuda a la fecha del siniestro al Acreedor (Tomador). De existir un remanente, el Tomador deberá girarlo al Asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios establecidos en el contrato de seguro.

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.

BENEFICIARIOS	Expresar claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el Asegurado						
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:			Fax:		
		Provincia: Cantón:			Dirección electrónica:		
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:			Fax:		
		Provincia: Cantón:			Dirección electrónica:		

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO	
VIGENCIA SOLICITADA SEGURO	Desde:
	Hasta:

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. Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mi, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo a la entidad financiera a incorporarme en esta póliza. El instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el seguro dentro de un plazo que no excederá 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 deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses. He recibido la información previa al perfeccionamiento del contrato de seguros 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: a) Una vez suscrita la póliza se me entregarán las Condiciones Particulares correspondientes 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 a través de la dirección electrónica: www.ins-cr.com o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS. 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.

Tomador del Seguro:	Firma	N° de Identificación	Si es persona jurídica indique el nombre completo y el cargo
Asegurado:	Firma	N° de Identificación	Si es persona jurídica indique el nombre completo y el cargo

En mi calidad de intermediación 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, firma y número de intermediario (o representante de sede del INS): _____

La documentación contractual y la nota técnica de los productos que utilizan este documento, 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 los registros números: Protección Crediticia Colones P14-26-A01-080, Protección Crediticia Dólares P14-26-A01-081, Protección Crediticia Flexible Colones P14-40-A01-210, Protección Crediticia Flexible Dólares P14-40-A01-211, Protección Crediticia Monto Original Colones P14-26-A01-136, Protección Crediticia Monto Original Dólares P14-26-A01-137, Protección Crediticia Tarjetahabientes Colones P16-33-A01-088, Protección Crediticia Tarjetahabientes Dólares P16-33-A01-089.