



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**SEGURO INS VIAJERO CON ASISTENCIA EN DÓLARES COLECTIVO**  
**SOLICITUD DE INCLUSIÓN**

SEGUROS PERSONALES

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.

LUGAR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES DE LA PÓLIZA	
Nombre del Tomador del Seguro:	
N° de Póliza Colectiva:	N° de Póliza Individual:

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE		
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Pasaporte		Motivo del viaje:
Número de identificación:	Fecha de nacimiento:	
Correo electrónico:		
Edad:	N° Teléfono:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino

NOTIFICACIONES
Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____

DESTINO

BENEFICIARIOS
<b>Advertencia:</b> En caso de que se desee nombrar beneficiario 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, quién en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios de 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 Asegurado						
Nombre:	Tipo de Identificación:	Identificación:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de nacimiento:	Dirección exacta:		Otra señas:			
Parentesco:	Provincia:	Cantón:				
Nombre:	Tipo de Identificación:	Identificación:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de nacimiento:	Dirección exacta:		Otra señas:			
Parentesco:	Provincia:	Cantón:				

VIGENCIA	
Desde: Día _____ Mes _____ Año _____	Hasta: Día _____ Mes _____ Año _____

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de 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.

He recibido la Documentación Contractual de este seguro, el cual me fue ampliamente explicado; manifiesto haberlo entendido, lo 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](http://www.ins-cr.com).

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; asimismo, mientras exista una relación comercial, me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información.

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 Subsidiarias del Instituto Nacional de Seguros, para analizar la factibilidad de ofrecerle un mejor servicio y productos de su interés.

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ N° de cédula \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo del Instituto

Revisado por:

Autorizado 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 en el artículo 29, inciso de) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número: P19-57-A01-689-V5 de fecha 22 de mayo del 2021