

☐ Persona asegurada Directa ☐ Persona dependiente mayor de 18 años *

*en caso de marcar esta opción indicar el nombre de la persona asegurada Directa: _____

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

Fecha: _____ Lugar: _____ Número de Póliza: _____

DATOS GENERALES DEL TOMADOR

Nombre o razón social: _____

Cédula jurídica: _____ Tipo de identificación:
☐ Jurídica nacional ☐ Gobierno ☐ Institución autónoma ☐ Jurídica extranjera

Número de Póliza del Tomador: _____

DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA (PERSONA FÍSICA, MAYORES DE EDAD UNA SOLICITUD POR PERSONA)

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre Completo: _____

Tipo de identificación: ☐ Cédula física ☐ DIMEX ☐ Pasaporte ☐ DIDI ☐ Otro: _____

N° Identificación: _____

Fecha nacimiento: Día / Mes / Año Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Peso: _____ kg Estatura: _____ m

Teléfonos: _____

Correo electrónico: _____

(Para persona asegurada directa) Fecha de ingreso a la empresa: Día / Mes / Año

DEPENDIENTES A ASEGURAR (MENORES DE EDAD)

Nombre completo	Número de Identificación	Tipo de Identificación	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	Peso (kg)	Estatura (m)
				☐ F ☐ M			
				☐ F ☐ M			
				☐ F ☐ M			
				☐ F ☐ M			
				☐ F ☐ M			
				☐ F ☐ M			

DATOS DEL OBJETO DE INTERÉS

De acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

INFORMACIÓN GENERAL DE LOS SOLICITANTES

1. ¿Presenta(n) o ha(n) presentado algún tipo de condición, enfermedad, tratamiento o anomalía en su salud? ☐ SÍ ☐ NO Si su respuesta es afirmativa, explique: _____

2. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? ☐ SÍ ☐ NO

Indique clase/tipo: _____ cantidad: _____ y frecuencia: _____.

3. ¿Usan algún tipo de droga o medicamento? ☐ SÍ ☐ NO Si su respuesta es SÍ, indique ¿Quién (es)? _____

Detalle: frecuencia _____ cantidad _____ motivo _____

Nombre de la droga y/o medicamento: _____

4. ☐ ¿Fuma? ☐ ¿Vapea? ☐ SÍ ☐ NO Cantidad diaria: _____ ¿Hace cuanto tiempo?: _____

5. ¿Dejó de fumar? ☐ SÍ ☐ NO Cantidad diaria: _____ ¿Hace cuanto tiempo?: _____

6. ¿Se encuentra el solicitante, su cónyuge o persona dependiente en estado de embarazo? ☐ SÍ ☐ NO Si su respuesta es SÍ, ¿Quién (es)? _____
Indique el número de semanas de gestación: _____

7. Si la inclusión corresponde a un menor de edad, indicar el método de reproducción por el cual se produjo el embarazo:

☐ Reproducción natural ☐ Reproducción asistida

Especifique el método asistido utilizado: _____

8. ¿Intervenciones quirúrgicas realizadas y/o pendientes? ☐ SÍ ☐ NO Quién (es): _____

Declare causa, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos: _____

9. ¿En los últimos 12 meses, han tenido algún tipo de consulta médica? ☐ SÍ ☐ NO ¿Quién (es)? _____

Detalle el motivo _____

¿Qué le indicó el médico que tenía? _____ Nombre del médico tratante _____

10. En los últimos 24 meses, han tenido algún tipo de consulta médica, exámenes para diagnóstico: ultrasonido, tomografía, radiografías, laboratorios, cateterismos cardíacos, etc, por el que esté esperando resultado o le han indicado hacérselo? ☐ SÍ ☐ NO ¿Quién (es)? _____

Motivo _____ Resultados _____ Médico tratante _____

11. ¿En los últimos 24 meses su salud ha tenido alguno de los siguientes cambios: variaciones en el peso, decaimiento, palidez, algún tipo de dolor, aparición de pelotas o tumoraciones, manchas anormales en la piel, sangrados anormales por la vagina, o algún tipo de sangrado por el recto, la boca o la nariz?

☐ SÍ ☐ NO ¿Quién (es)? _____

Favor detallar lo preguntado _____

12. ¿Ha resultado usted positivo para Covid 19? ☐ SÍ ☐ NO

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de alta: _____

13. ¿Requirió usted de hospitalización? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, indique el Centro Hospitalario: _____

14. ¿Qué tipo de atención recibió en el Centro Hospitalario?

☐ No aplica

☐ Sala Cuidados Generales

☐ Cuidados Intermedios

☐ UCI con ventilación

☐ UCI sin ventilación

15. ¿Presenta usted síntomas persistentes (Síndrome Post Covid 19) y/o secuelas? _____

16. ¿Ha recibido el esquema completo de vacunación contra el SARS-CoV-2 (Covid 19)? ☐ SÍ ☐ NO

Fecha de aplicación de la última dosis: _____

INFORMACIÓN SOBRE SALUD DE (DE LOS) SOLICITANTE (S). DE SER NECESARIO ADJUNTAR SOLICITUD ADICIONAL

Indique si el (los) solicitante (s) ha (n) sufrido o sufre (n) de alguna de las siguientes enfermedades o condiciones. Marque con una x en cada casilla

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | NO Dolores de cabeza persistentes | ☐ | ☐ | SÍ ☐ NO Fiebre reumática | ☐ | ☐ | NO Enfermedades de las glándulas mamarias, quistes y/o tumores |
| ☐ | ☐ | NO Migraña | ☐ | ☐ | NO Dolores de pecho (angina) | ☐ | ☐ | NO Enfermedades de la columna vertebral |
| ☐ | ☐ | NO Vértigo o mareos | ☐ | ☐ | NO Arritmia Cardíaca | ☐ | ☐ | NO Hernia de la columna vertebral |
| ☐ | ☐ | NO Convulsiones y/o Epilepsia | ☐ | ☐ | NO Trastornos del sistema circulatorio | ☐ | ☐ | NO Lumbago y/o Ciática |
| ☐ | ☐ | NO Parálisis | ☐ | ☐ | NO Varices o úlceras varicosas | ☐ | ☐ | NO Escoliosis u otra deformidad en su columna |
| ☐ | ☐ | NO Derrames cerebrales | ☐ | ☐ | NO Hemorroides | ☐ | ☐ | NO Dolor persistente o crónico de espalda |
| ☐ | ☐ | NO Depresión, ansiedad y/o nervios | ☐ | ☐ | NO Enfermedades de la sangre, anemia, púrpura | ☐ | ☐ | NO Minusvalía o discapacidad |
| ☐ | ☐ | NO Estrés | ☐ | ☐ | NO Enfermedades del esófago | ☐ | ☐ | NO Enfermedades y/o infecciones en los huesos |
| ☐ | ☐ | NO Enfermedades mentales de cualquier tipo | ☐ | ☐ | NO Hernia hiatal | ☐ | ☐ | NO Osteoporosis |
| ☐ | ☐ | NO Enfermedades de los ojos | ☐ | ☐ | NO Enfermedades del estómago o intestinos | ☐ | ☐ | NO Reumatismo |
| ☐ | ☐ | NO Catarata | ☐ | ☐ | NO Sangrado digestivo | ☐ | ☐ | NO Artritis |
| ☐ | ☐ | NO Problema de retina | ☐ | ☐ | NO Gastritis | ☐ | ☐ | NO Gota |
| ☐ | ☐ | NO Enfermedad de los oídos | ☐ | ☐ | NO Úlcera gástrica o duodenal | ☐ | ☐ | NO Inflamación de los músculos |
| ☐ | ☐ | NO Sordera | ☐ | ☐ | NO Colitis | ☐ | ☐ | NO Fibromialgia |
| ☐ | ☐ | NO Padecimientos de la garganta, amígdalas y/o adenoides | ☐ | ☐ | NO Enfermedades del recto o ano | ☐ | ☐ | NO Lupus |
| ☐ | ☐ | NO Trastornos de la nariz | ☐ | ☐ | NO Enfermedades del hígado | ☐ | ☐ | NO Sjogren |
| ☐ | ☐ | NO Desviación del tabique nasal | ☐ | ☐ | NO Piedras u otra enfermedad en la vesicular biliar | ☐ | ☐ | NO Artritis reumatoidea |
| ☐ | ☐ | NO Crecimiento de los cornetes | ☐ | ☐ | NO Enfermedades de riñones o vejiga | ☐ | ☐ | NO Otros tipos de hernias |
| ☐ | ☐ | NO Pólipos de la laringe o de las cuerdas vocales | ☐ | ☐ | NO Enfermedades de las vías urinarias | ☐ | ☐ | NO Enfermedades de la piel |
| ☐ | ☐ | NO Sinusitis | ☐ | ☐ | NO Infecciones urinarias | ☐ | ☐ | NO Quistes, lunares o tumores de la piel |
| ☐ | ☐ | NO Trastornos de la voz | ☐ | ☐ | NO Enfermedades de transmisión sexual | ☐ | ☐ | NO Cáncer o cualquier tipo de tumor |
| ☐ | ☐ | NO Ronquera crónica | ☐ | ☐ | NO Enfermedades del pene y los testículos | ☐ | ☐ | NO Padecimientos del sistema endocrino |
| ☐ | ☐ | NO Enfermedad de la tiroides | ☐ | ☐ | NO Enfermedades de la próstata | ☐ | ☐ | NO Intolerante a la glucosa, Prediabetes o diabetes. |
| ☐ | ☐ | NO Enfermedad de los pulmones | ☐ | ☐ | NO Enfermedades del útero | ☐ | ☐ | NO Elevación de colesterol y/o triglicéridos |
| ☐ | ☐ | NO Tos crónica o persistente | ☐ | ☐ | NO Miomas, fibromas del útero | ☐ | ☐ | NO Infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV) |
| ☐ | ☐ | NO Asma | ☐ | ☐ | NO Endometriosis | ☐ | ☐ | NO Otras inmunodeficiencia |
| ☐ | ☐ | NO Bronquitis crónica o enfisema | ☐ | ☐ | NO Enfermedades de los ovarios o trompas | ☐ | ☐ | NO Síndrome de Down |
| ☐ | ☐ | NO Tuberculosis | ☐ | ☐ | NO Desordenes menstruales | ☐ | ☐ | NO Otra condición congénita |
| ☐ | ☐ | NO Apnea del sueño | ☐ | ☐ | NO Infecciones órganos genitales | ☐ | ☐ | NO Otros padecimientos o enfermedades |
| ☐ | ☐ | NO Ahogos o falta de aire | ☐ | ☐ | NO Infertilidad y/o esterilidad | | | |
| ☐ | ☐ | NO Enfermedades del corazón | | | | | | |
| ☐ | ☐ | NO Presión arterial alta | | | | | | |

En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación:

[illegible]

Utilice este espacio para ampliar cualquier respuesta que considere. Adjuntar los informes de los estudios médicos realizados.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE INCLUSIÓN A LA PÓLIZA DE LOS SOLICITANTES Y DEPENDIENTE DETALLADOS ANTERIORMENTE

Nombre de la Empresa: _____

Nombre del Representante Legal o Representante de la empresa: _____

Cargo que desempeña: _____

Número de Identificación: _____

Firma del Representante Legal o Responsable de la Empresa: _____

Nota: La autorización también puede ser brindada mediante carta membretada de la empresa o algún otro medio que el Instituto determine y comunique de previo

DESIGNACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS

EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL SOLICITANTE:

En el caso que se desee nombrar Personas beneficiarias 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.

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 Personas beneficiarias en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nota: La sumatoria del porcentaje entre todos las Personas beneficiarias debe sumar 100%.

Nombre:	Identificación:	Tipo de identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
				%
				%
				%

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

VIGENCIA SOLICITADA SEGURO: Desde: Día / Mes / Año Hasta: Día / Mes / Año

ELECCIÓN DE OPCIONES

¿Esta solicitud va a sustituir otro seguro? ☐ SÍ ☐ NO

☐ Seguro del INS: Número de póliza: _____

☐ Otro ¿cuál? _____

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO DE PRIMA

Cuando la forma de pago elegida sea diferente de un pago anual, la persona asegurada deberá pagar una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado de acuerdo con el porcentaje que se indica a continuación:

Dólares:

Forma de Pago Mensual: Hasta 5%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,05 y se divide entre 12.

Forma de Pago Trimestral: Hasta 4%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,04 y se divide entre 4.

Forma de Pago Semestral: 3%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,03 y se divide entre 2.

DEDUCCIÓN MENSUAL DE SALARIO NO CONTEMPLA RECARGO, SE DEBE LLENAR BOLETA CORRESPONDIENTE

Colones:

Forma de Pago Mensual: Hasta 9%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,09 y se divide entre 12.

Forma de Pago Trimestral: Hasta 7%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,07 y se divide entre 4.

Forma de Pago Semestral: 5%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,05 y se divide entre 2.

DEDUCCIÓN MENSUAL DE SALARIO NO CONTEMPLA RECARGO, SE DEBE LLENAR BOLETA CORRESPONDIENTE

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado:

Recuerde mantener sus datos actualizados.

OTROS TEMAS

Número de póliza hija:

DECLARACIÓN DEL (DE LOS) SOLICITANTE (S)

☐ 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 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. Por ende, 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.

☐ 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.

☐ Autorizo al INS para acceder a bases de datos de empresas comercializadoras y entidades públicas u otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo 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.

☐ Quien suscribe, entiende que este documento forma parte de la Política Conozca a su Cliente y manifiesta su consentimiento expreso para que la información consignada en la presente solicitud sea utilizada por el Instituto para el cumplimiento de la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo.

☐ Mediante la presente solicitud, otorgo mi consentimiento para ser incluido en este seguro colectivo y el cual contempla una cobertura de muerte, en caso de ser suscrita.

☐ Adicionalmente para los menores de edad detallados en el apartado "Dependientes a asegurar" como padre/tutor legal autorizo su inclusión en este seguro colectivo y el cual contempla una cobertura de muerte, en caso de ser suscrita.

En mi calidad de Intermediario de seguros, de acuerdo con las facultades concedidas 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 completo: N° de intermediario: N° de cédula:

En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma:

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 (30) 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 (2) meses. Toda comunicación se realizará al Tomador del Seguro o al Solicitante, al medio que informó al Instituto para notificaciones. Para consultas o conocer el estado de su solicitud puede llamar al área de Aseguramiento de la Sucursal donde tramita su póliza a los números telefónicos que se encuentran disponibles en la dirección electrónica www.grupoins.com o llamando al 800-TELEINS (800-8353467).

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

He recibido la Información previa al perfeccionamiento y las Condiciones Generales y Anexos 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.

FIRMA Y CÉDULA DE LA PERSONA ASEGURADA / DEPENDIENTE

Firma y cédula:

Nombre:

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

Firma y cédula:

Nombre y código:

Fecha:

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 P20-64-A01-694 V7 del 01 de febrero del 2024.

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

Tipo de identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ Pasaporte ☐ DIDI ☐ Otro: N. de identificación:

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Nacionalidad: Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Dirección electrónica: Teléfono Oficina: Teléfono Domicilio: Teléfono Celular:

Nombre del Patrono: Teléfono del Patrono:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

Tipo de identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ Pasaporte ☐ DIDI ☐ Otro: N. de identificación:

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Nacionalidad: Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Dirección electrónica: Teléfono Oficina: Teléfono Domicilio: Teléfono Celular:

Nombre del Patrono: Teléfono del Patrono:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:

Tipo de identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ Pasaporte ☐ DIDI ☐ Otro: N. de identificación:

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Nacionalidad: Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Dirección electrónica: Teléfono Oficina: Teléfono Domicilio: Teléfono Celular:

Nombre del Patrono: Teléfono del Patrono:

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTE

Yo _____ portador (a) de la identificación

N° _____, en calidad de: Solicitante/Asegurado: _____

Dependiente: _____ Beneficiario: _____, autorizo expresamente y en forma inequívoca a los funcionarios que el Instituto Nacional de Seguros designe, para consultar, recopilar y obtener una copia de toda la información contenida en los expedientes del solicitante o asegurado en cualquier centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Si corresponde a una declaración de invalidez, autorizo la revisión y recolección de los datos de sumaria de invalidez, ya sea de la Caja Costarricense del Seguro Social o de cualquier otra entidad que la haya otorgado.

Lo anterior cuando dicha información se requiera en el proceso de Selección de Riesgos (cuando corresponda) o para el trámite de cualquier reclamo interpuesto por mí o por parte de mis beneficiarios en caso de fallecimiento.

En caso de que el solicitante o el asegurado sea menor de edad, el suscrito autoriza la revisión de los expedientes a nombre de: _____

_____, cuyo parentesco con mi persona es:

_____.

Fecha:

Nombre:

Firma y N° Identificación: