

NOTA IMPORTANTE:

Para realizar su solicitud, por favor utilice exclusivamente el documento en blanco. **Se le solicita rellenar únicamente los espacios señalados dentro del recuadro de color rojo.** Absténgase de utilizar este documento de ejemplo para tramitar su solicitud, ya que es únicamente una guía ilustrativa.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTE

Seguros Personales

SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA

Nombre del Producto: _____

Yo _____

portador (a) de la identificación N° _____, en calidad de: Solicitante/Asegurado: **Asegurado**

Dependiente: _____ Beneficiario: _____, Familiar _____ (parentesco) _____

del asegurado fallecido: _____

N °de identificación _____, 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

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.

LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD DE SEGURO:

LUGAR:
FECHA: DÍA: MES: AÑO:

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Tomador de Seguro:
Número de Póliza:

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo:
Tipo de identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro:
N° Identificación: Fecha de nacimiento: Día Mes Año Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
País: Provincia: Cantón: Distrito:
Dirección exacta:
Teléfono Celular: Correo electrónico:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Al momento de ser incorporado en la Póliza, Usted deberá hacer una designación de beneficiario (s) el (los) cual (es) puede cambiar en cualquier momento siempre que la póliza esté en vigor.

Advertencia:

En el 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 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 solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

BENEFICIARIOS

Expresar claramente los nombres, parentescos o interés con el Asegurado

N°	Nombre	Tipo de Identificación (Cédula, DIMEX, DIDI, Pasaporte, Otro)	N° de Identificación	Parentesco	Porcentaje

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

VIGENCIA SOLICITADA SEGURO: Desde: Hasta:

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado:

OTROS TEMAS

Declaro que la información brindada y 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. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador a incorporarme en esta póliza. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

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.

Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del Asegurado a una base, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas. El INS podrá trasladar los datos a sus colaboradores, partes vinculadas, proveedores, intermediarios y socios comerciales, y a las empresas que conforman el Grupo INS, con el fin de ejecutar el contrato u ofrecer productos o servicios adicionales, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos. El INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas. Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el Asegurado tiene 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.

Declaro que recibí la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesta que las ha entendido las acepta libremente y entiende que, al suscribir su solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones

Firma del Solicitante

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 de seguro 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 al pie de la página.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O 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 solicitante:

Firma del representante del Tomador:

Nombre completo y el cargo:

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 Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro P14-26-A01-884 V7 de fecha 22 de junio de 2024.

Fecha: Producto: N° de Póliza: Nombre del Tomador del Seguro:

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre: Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ OtroNúmero de Identificación: Fecha de nacimiento: Día Mes Año Sexo: ☐ Femenino ☐ MasculinoProvincia: Cantón: Distrito: Dirección exacta: Dirección electrónica: Teléfono Celular:

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que la información brindada y 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. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador a incorporarme en esta póliza. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios de la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grave 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.

Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del Asegurado a una base, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas. El INS podrá trasladar los datos a sus colaboradores, partes vinculadas, proveedores, intermediarios y socios comerciales, y a las empresas que conforman el Grupo INS, con el fin de ejecutar el contrato u ofrecer productos o servicios adicionales, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos. El INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas. Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el Asegurado tiene 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.

Declaro que recibí la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesto que las he entendido, las acepto libremente y entiendo que, al suscribir esta solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

Nombre del Beneficiario: Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ OtroN° de identificación: Parentesco: Porcentaje %: Nombre del Beneficiario: Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ OtroN° de identificación: Parentesco: Porcentaje %: Firma del asegurado:

Nota: Si usted cuenta con más de dos beneficiarios, debe completar una hoja de consentimiento adicional con los datos de las personas restantes. Es indispensable que estos beneficiarios sean los mismos que incluyó en la Boleta de Inclusión Póliza INS.