INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCIÓN DE SEGUROS GENERALES

SEGURO DE FIDELIDAD
DATOS DEL FIADOR

Póliza № _____

DATOS DEL FIADOR

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:	
Nombre o razón social:			
Tipo de Identificación:	☐ Persona Física ☐ Cédula o residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso trabajo ☐ Jurídica ☐ Gobierno ☐ Institución autónoma	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro:_____	
№ Identificación:	Ocupac. O actividad económica:		
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Nacionalidad	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	Escolaridad: ☐ Sin grado académico ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐ Postgrado univers.
Provincia:	Cantón:	Distrito:	
Dirección Exacta:			
Calle:	Avenida:	Otras señas	
Apartado:	Teléfono Oficina:	Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:
Ingreso Mensual Aproximado:	Sitio Web:	Dirección Electrónica:	
Nombre del Patrono:	Teléfono del Patrono:	№ de Fax	
Cuenta cliente:	Bco. Emisor:	Cantidad de empleados (sólo para empresas)	

INFORMACIÓN GENERAL

Bienes inmuebles propiedad del Fiador

Partido	Folio Real	Tomo	Asiento	Consecutivo	Valor aproximado

Bancos y Entidades de Crédito con las que opera

_____

_____

_____

_____

_____

_____

INFORMACIÓN ADICIONAL

NOTA IMPORTANTE: En caso de Persona Jurídica, debe adjuntarse original de la Certificación del Acta en que se faculta a la Sociedad a emitir fianza a nombre de terceros.

Yo, _____, cédula № _____ en representación de _____, con facultades suficientes para este acto, me comprometo incondicional e irrevocablemente a reembolsar al INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS cualquier suma con sus intereses legales que llegue a pagar como consecuencia de la responsabilidad que asuma al emitir el Seguro de Fidelidad, número _____ a nombre de _____ y acepto como base del título ejecutivo la certificación del monto adeudado emitida por el Instituto.

Asimismo manifiesto que el compromiso adquirido se extenderá en forma automática, sin necesidad de nueva manifestación de mi parte, por todo el período o períodos de vigencia que tenga la póliza indicada, en virtud de las prórrogas u otras modificaciones concedidas al Instituto.

No omito indicar que de ser necesario y así solicitado por el Instituto, acepto firmar documentos necesarios para formalizar este compromiso.

Dado en _____, Costa Rica, a las _____ días del mes de _____ de _____ .

Nombre:

Cargo:

_____ Firma

_____ Autentica:

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 G10-13-A01-010 (colones) y G10-13-A01-011 (dólares) de fecha 7 de octubre de 2009.