



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCIÓN DE SEGUROS GENERALES

SOLICITUD PARA UN SEGURO
DE FIDELIDAD DÓLARES

COTIZACIÓN

EMISIÓN

VARIACIÓN

PÓLIZA N° _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Nombre o razón social:					
Tipo de Identificación:		<input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo		Estado Civil	
<input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe	
N° Identificación:		Ocupac. O actividad económica:		Otro: _____	
Fecha de nacimiento: Día Mes Año		Nacionalidad		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección Exacta:					
Calle:		Avenida:		Otras señas	
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Teléfono Celular:		Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:	
Ingreso Mensual Aproximado:		Sitio Web:		Dirección Electrónica:	
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		N° de Fax	
Cuenta cliente:		Bco. Emisor:		Cantidad de empleados [sólo para empresas]	

DATOS DE PÓLIZA

CONDUCTO DE COBRO		PLAN DE PAGO	VIGENCIA
<input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático: <input type="checkbox"/> Sede INS <input type="checkbox"/> Tarjeta <input type="checkbox"/> Agencia Bancaria <input type="checkbox"/> Cuenta <input type="checkbox"/> Sociedad Agencia de Seguros		Anual	Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____ Día Mes Año Día Mes Año Código conducto de cobro: _____

REFERENCIAS

Nombre	Dirección exacta	Ocupación actual

ASPECTOS LABORALES

Tipo de negocio del Beneficiario: _____ Antigüedad al servicio del empleador actual: _____

Empleo inmediato anterior: _____

Causas que originaron el cambio de empleo: _____

ÚLTIMOS TRES EMPLEOS

DESDE		HASTA		NOMBRE DEL PATRONO	DIRECCIÓN	PUESTO DESEMPEÑADO
Mes	Año	Mes	Año			

OTROS DATOS

Sueldo mensual actual: \$ _____ Comisiones actuales: \$ _____ ¿Tiene otros ingresos?. En caso positivo indique detalles (fuente, estimado mensual, registrado ante Hacienda, etc.): Sí No

¿Está autorizado para firmar?: Sí No ¿Recibe mercancía en consignación y usted firma los recibidos?. En caso positivo indique detalles: Sí No

¿Tiene usted bienes muebles (vehículos de cualquier tipo) y/o inmuebles?. En caso afirmativo, detalle motivo de adquisición, estado y valor actual: No Sí

¿Están dados en garantía?. En caso afirmativo, indique cuáles; el monto de garantía; y grado: No Sí _____

El Instituto Nacional de Seguros, en lo sucesivo denominado el Instituto, de acuerdo con las condiciones especiales, generales y particulares, y con base en las declaraciones hechas por el Asegurado, se constituye en Asegurador de:

(denominado en lo sucesivo el Asegurado) por las responsabilidades pecuniarias en que pudiera incurrir en el servicio del puesto de:

Ante: _____

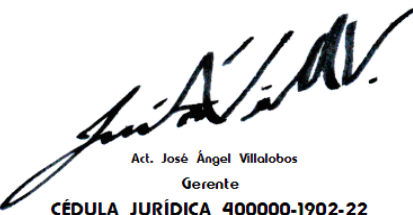
(denominado en lo sucesivo el Beneficiario), a partir del día con que se inicia la vigencia y hasta el término señalado, ambos días inclusive. Se entiende que esta póliza no surtirá efecto y se considerará nula desde la fecha de expedición, si cualquier jefe del Asegurado, habiendo tenido conocimiento de actos u omisiones indebidos del mismo en funciones de éste u otro cargo, no los hubiera puesto en conocimiento del Instituto antes de otorgar la presente póliza. Cualquier falsedad, ocultamiento, o hecho doloso en la información suministrada por el Asegurado y/o Beneficiario para emitir esta póliza, la deja sin efecto y nula desde la fecha de su expedición. El Instituto, por el hecho de satisfacer esta póliza, llegado el caso, quedará subrogado en todos los derechos, acciones y privilegios del Beneficiario resarcido contra el Asegurado, hasta por el monto de lo pagado a tal Beneficiario, intereses legales y demás accesorios.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

El suscrito solicitante, se compromete, incondicional e irrevocablemente a reembolsar al Instituto, cualquier suma con sus intereses, que pague como consecuencia de la responsabilidad que asume al emitir esta póliza, de conformidad con el artículo 8 de la Ley N° 40 del 30 de marzo de 1931 "Seguro de Fidelidad". Renunciando a requerimientos de pago, domicilio y trámites del juicio ejecutivo y acepta como título ejecutivo en su contra la certificación del adeudo emitida por el Jefe de la Sede o Departamento del Instituto que haya tramitado el reclamo, conforme al artículo 6 de la citada ley.

Declaro que toda la información anterior que ha sido dictada por mí, es completa y verdadera, y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito y que cualquier manifestación falsa o inexacta causará la nulidad de la misma.

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.

Firma y cédula del Solicitante	Firma del Intermediario	Firma del Gerente
<p>En caso de persona jurídica, indique además el nombre y cargo del firmante.</p> <p>_____</p> <p>Firma y número de cédula</p> <p>_____</p> <p>Lugar y fecha firma</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cargo: _____</p>	<p>En mi calidad de intermediario de comercialización (agente de seguros o Sociedad Agencia de Seguros), de acuerdo a las facultades concebidas al efecto por el instituto; doy fe de que he revisado 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.</p> <p>_____</p> <p>Firma y número de agente o Sociedad Agencia de Seguros</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</p>  <p>Act. José Ángel Villalobos Gerente CÉDULA JURÍDICA 400000-1902-22</p>
<p>Hecho por:</p>	<p>Riesgo aceptado por:</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Hora: _____</p>	<p>V.B. de Jefatura</p>

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 GI0-13-A01-011 de fecha 7 de octubre de 2009.