



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCIÓN DE SEGUROS GENERALES

SOLICITUD DE SEGURO
EQUIPO DE CONTRATISTAS

Cotización Emisión Variación

PÓLIZA No. _____

Primer Apellido:			Segundo Apellido:			Nombre Completo:		
Nombre o razón social:								
Tipo de Identificación:			Estado Civil					
<input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula o reside <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <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 <input type="checkbox"/> Otro: _____					
No. Identificación:			Ocupac. O actividad económica:					
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:			Ingreso Mensual Aproximado:			Sitio Web:		
Dirección Electrónica:			Nombre del Patrono:			Teléfono del Patrono:		
No. de Fax:			Cuenta cliente:			Bco. Emisor:		
Cantidad de empleados (sólo para empresas):								

DATOS DE PÓLIZA	INTERMEDIARIO	VIGENCIA	PLAN DE PAGO	SEGURO EN:
	Intermediarios / Sede INS:	Desde: Día / Mes / Año Hasta: Día / Mes / Año	<input type="checkbox"/> Anual Ver en la página 3 del formulario los recargos aplicables a las formas de pago <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares
	Código de Intermediario / Sede INS:	CARGO AUTOMÁTICO:		
		<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito Debe llenar formulario de Cargo Automático <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito		

UBICACIÓN DE LOS BIENES ASEGURADOS	UBICACIÓN DE LOS BIENES ASEGURADOS		
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Urbanización, barrio, residencial, condominio, centro comercial, etc. :		No. Casa:
	Dirección exacta:		

INTERÉS ASEGURABLE DEL SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario <input type="checkbox"/> Usufructuario <input type="checkbox"/> Depositario <input type="checkbox"/> Acreedor <input type="checkbox"/> Consignatario <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____
---	---

VEHÍCULOS ASEGURADOS						
-Si requiere asegurar más vehículos, por favor utilice hojas adicionales-						
Número Unidad	Número De placa	Marca	Modelo	Placa	Número de serie	Número de motor
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

SELECCIONE LAS COBERTURAS REQUERIDAS

COBERTURAS BÁSICAS

Coberturas de Responsabilidad Civil:

- A: Responsabilidad Civil Extracontractual y Subjetiva por Lesión o Muerte de Terceras Personas
- C: Responsabilidad Civil Extracontractual y Subjetiva por Daños a la Propiedad de Terceras Personas
- L: Responsabilidad Civil Extracontractual y Subjetiva Modalidad Límite Único Combinado

Cobertura de Daño Directo:

- E: Daño Directo

Nota: la cobertura L es excluyente de las coberturas A y C.

COBERTURAS ADICIONALES

- F: Robo y Hurto
- G: Riesgos Adicionales
- H: Extraterritorialidad
- M: Maniobras de Cargo y Descarga
- P: Paquete Coberturas F y G

Notas:

1. Para suscribir cualquier cobertura adicional de Daño Directo, se debe suscribir obligatoriamente la Cobertura E.
2. La cobertura P es excluyente de la cobertura F.
3. La cobertura P es excluyente de la cobertura G.

INDIQUE EL MONTO ASEGURADO PARA CADA UNA DE LAS COBERTURAS SELECCIONADAS

Para las coberturas de Daño Directo, el Monto Asegurado no puede ser menor al 80% del Valor Real Efectivo del bien.

MONTO ASEGURADO

Número Unidad	Cobertura A	Cobertura C	Cobertura L	Valor declarado del equipo (para las coberturas E, F, G o H)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

SELECCIONE LA OPCIÓN DE DEDUCIBLE

Los porcentajes de deducible están relacionados con la tarifa por aplicar al pago de la prima. De manera que a mayor deducible, menor será la tarifa por aplicar.

Los deducibles se aplican sobre monto a indemnizar, en el factor porcentual o el monto mínimo, indicados a continuación.

Seleccione el deducible aplicable según la póliza contratada (en dólares o colones).

DEDUCIBLES

Número Unidad	10% con mínimo de 100 000,00 colones	15% con mínimo de 100 000,00 colones	10% con mínimo de 200,00 dólares	15% con mínimo de 200,00 dólares
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DESCUENTOS

Descuentos por cantidad de equipos asegurados:

Cantidad	Descuento
Más de 10 a 20	2,50%
Más de 20 a 40	5,00%
Más de 40 a 60	12,50%
Más de 60 a 80	15,00%
Más de 100	20%

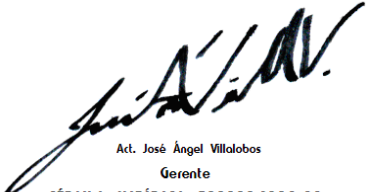
DATOS DEL ACREEDOR

Nombre del acreedor (primer apellido, segundo apellido, nombre o razón social):			Persona: <input type="checkbox"/> Física	Número de cédula:
			<input type="checkbox"/> Jurídica	
Actividad económica:	Correo electrónico:	Apartado o código postal:	Número de tel.:	Número de fax:
Domicilio:				
Monto acreencia:		Grado acreencia:		
Esta acreencia corresponde a:				
<input type="checkbox"/> Totalidad de los equipos detallados en esta solicitud:			Monto _____	
<input type="checkbox"/> Sobre los siguientes equipos detallados en esta solicitud:			Monto _____	
_____			_____	
_____			_____	

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

Recargos aplicables, según la forma de pago escogida en la sección DATOS DE PÓLIZA:

	COLONES	DÓLARES
ANUAL	Sin recargo	Sin recargo
SEMESTRAL	Se multiplica la prima anual por 1.08 y se divide entre 2	Se multiplica la prima anual por 1.05 y se divide entre 2
TRIMESTRAL	Se multiplica la prima anual por 1.11 y se divide entre 4	Se multiplica la prima anual por 1.07 y se divide entre 4
MENSUAL	Se multiplica la prima anual por 1.13 y se divide entre 12	Se multiplica la prima anual por 1.09 y se divide entre 12

REQUISITOS	Requisitos de suscripción: 1. Solicitud de seguro debidamente cumplimentada. 2. Adjuntar fotografías por los cuatro costados del bien a asegurar	
DECLARACIONES DEL SOLICITANTE	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 contestación 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
En caso de persona jurídica, indique además el nombre y cargo del firmante. _____ Firma y número de cédula _____ Lugar y fecha firma Nombre: _____ Cargo: _____	En mi calidad de intermediario de comercialización, de acuerdo con 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. _____ Firma y número de Intermediario	INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  <small>Act. José Ángel Villalobos Gerente</small> CÉDULA JURÍDICA 400000-1902-22
Hecho por:	Riesgo aceptado por:	V.B. de Jefatura
	Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____	
Espacio exclusivo para el suscriptor		
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 G07-45-A01-117 (colones) y G07-45-A01-118 (dólares) de fecha 21 de enero de 2010.		