



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

| | | |
|---|---------|-----------|
| Provincia: | Cantón: | Distrito: |
| Urbanización, barrio, residencial, condominio, centro comercial, etc. : | | No. Casa: |
| Dirección exacta: | | |

INTERÉS ASEGURABLE DEL SOLICITANTE

Propietario Arrendatario Usufructuario Depositario Acreedor Consignatario 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 Carga 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.

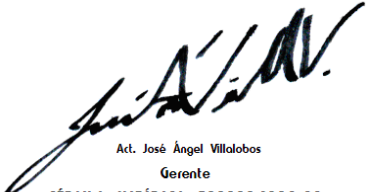
Seleccione el deducible aplicable según la póliza contratada (en dólares o colones).

| | | | | | |
|------------|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 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. | | |