

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

**LUGAR, FECHA, Y HORA DE EMISIÓN DEL SEGURO O DE LA SOLICITUD DE ENDOSO:**

<b>LUGAR:</b>				<b>HORA:</b>		
<b>FECHA:</b>	<b>DÍA:</b>	<b>MES:</b>			<b>AÑO:</b>	

**PÓLIZA N°.** \_\_\_\_\_  COTIZACIÓN  EMISIÓN  VARIACIÓN

<b>DATOS DEL TOMADOR</b>	Nombre o razón social:			N° de Identificación:		
	Dirección exacta:					
	Provincia:		Cantón:		Distrito:	
	Apartado:		Teléfono (s):		Correo electrónico:	
			/		Fax:	

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>	Nombre o razón social:			N° de Identificación:		
	Dirección exacta:					
	Provincia:		Cantón:		Distrito:	
	Apartado:		Teléfono (s):		Correo electrónico:	
			/		Fax:	
Indique el medio por el cual desea ser notificado:						Recuerde mantener actualizados sus datos

**UBICACIÓN DE LA PROPIEDAD (Si existen más zonas de riesgo declárelas en formulario adicional.)**

Georeferencia: Latitud _____ Longitud _____		
Provincia:		Distrito:
Cantón:		
Urbanización, barrio, residencial, condominio, otras señas:		
		Edificio ocupado por: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Inquilino

**INTERÉS ASEGURABLE**

Propietario  Arrendatario  Usufructuario  Depositario  Acreedor  Consignatario  Otros, especifique:

PROPIEDAD ASEGURADA	SUMA ASEGURADA	Detalle de Colindantes:
Vivienda (Edificio) ¿Aplicar PCI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Valor de Reposición <input type="checkbox"/> Otro valor. Especifique: _____	Norte: _____
Mobiliario (Menaje y/o Contenido)* ¿Aplicar PCI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Valor de Reposición <input type="checkbox"/> Otro valor. Especifique: _____	Sur: _____
Joyería		Este: _____
Obras de Arte	Si la propiedad a asegurar está cerca de un río, mar, lago, talud, o pendiente, indique a que distancia: <input type="checkbox"/> De 0 a 5 m <input type="checkbox"/> De 21 a 50 m <input type="checkbox"/> De 06 a 10 m <input type="checkbox"/> De 51 a 100 m <input type="checkbox"/> De 11 a 20 m <input type="checkbox"/> Más de 100 m	Oeste: _____
Objetos de especial valor		
Otras estructuras**		
Monto total asegurado		
*El menaje puede ser asegurado con lista o sin lista. Para el aseguramiento con lista se debe presentar para cada artículo descripción que contenga: marca, modelo, serie, cantidad, fecha de adquisición y valor.		
**Detalle las otras estructuras que se encuentran dentro de la localidad asegurada:		

**Datos Obligatorios de Cumplimentar**

<input type="checkbox"/>	<b>Mampostería:</b>	Paredes de block, o ladrillos o arcilla, se llaman también paredes de relleno en block o ladrillo, el mortero es el concreto o la mezcla, con que se adhieren los blocks.
<input type="checkbox"/>	<b>Concreto reforzado colado en sitio:</b>	Paredes o muros chorreados, con armadura interna de hierro, varillas.
<input type="checkbox"/>	<b>Concreto prefabricado:</b>	Corresponde a todas las casas pequeñas construidas en sistemas prefabricados, baldosas de concreto.
<input type="checkbox"/>	<b>Panelería liviana a doble forro:</b>	Paredes de Fibrolit, Gypsum o Fibrocemento u otro similar, con una armadura liviana interna de aluminio o latón.
<input type="checkbox"/>	<b>Panelería tipo emparedado:</b>	Similar a la definición anterior, solo con revestimiento por una cara o lado, también se puede considerar paredes de tipo similar a la marca convitec, estereofón con armadura calibre bajo, con concreto inyectado a presión, similar a concreto.
<input type="checkbox"/>	<b>Madera:</b>	Madera.
<input type="checkbox"/>	<b>Mixto (Madera - Concreto) u otro:</b>	Mixto, puede ser Zócalo: Concreto armado, Mampostería hasta una altura determinada, seguida por estructura de madera o metal, paredes de madera, HG (Hierro Galvanizado), Fibrocemento ( Fibrolit, Gypsum, Denn Glass).

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com) / Consultas: [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com) / Contraloría: [csevicios@ins-cr.com](mailto:csevicios@ins-cr.com) / Teléfono: 2287-6161 / 800INSContraloría.

**DETALLES CONSTRUCTIVOS DE LA RESIDENCIA**

Rangos de año de construcción:  Antes de 1974  1974-1985  1986-2001  2002-2009  2010 a la actualidad

N° Folio Real o Finca: \_\_\_\_\_ N° Pisos: \_\_\_\_\_ Piso en que se ubica el bien a asegurar: \_\_\_\_\_

Área total de construcción (m2): \_\_\_\_\_ ¿El área de construcción por piso es igual?  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

Estado de conservación:  Óptimo  Muy bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy malo

Si el edificio comparte varias actividades especifique las mismas: \_\_\_\_\_

Señale los elementos constructivos de las siguientes partes de la propiedad:

<b>Paredes Externas</b> <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Concreto reforzado <input type="checkbox"/> Ladrillo / Bloques <input type="checkbox"/> Madera a un forro <input type="checkbox"/> Madera a doble forro <input type="checkbox"/> Gypsum o similar <input type="checkbox"/> Bahareque <input type="checkbox"/> Fibrocemento o similar <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Paredes Internas</b> <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Concreto reforzado <input type="checkbox"/> Ladrillo / Bloques <input type="checkbox"/> Madera a un forro <input type="checkbox"/> Madera a doble forro <input type="checkbox"/> Gypsum o similar <input type="checkbox"/> Bahareque <input type="checkbox"/> Fibrocemento o similar <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Ventanas</b> <input type="checkbox"/> Con rejas <input type="checkbox"/> Con cortinas metálicas <input type="checkbox"/> Espesor _____mm <input type="checkbox"/> Otro: _____ <b>Tipo</b> <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Con celosías <b>Marco</b> <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Aluminio <input type="checkbox"/> Otro: _____ <b>Ventanales de:</b> <input type="checkbox"/> Vidrio <input type="checkbox"/> Plástico <input type="checkbox"/> Cristal	<b>Sistema Eléctrico</b> <input type="checkbox"/> Entubado parcialmente <input type="checkbox"/> Entubado totalmente <input type="checkbox"/> Caja breakers <b>Interruptores de cuchilla con fusible de:</b> <input type="checkbox"/> Alambre <input type="checkbox"/> Aluminio <input type="checkbox"/> Plomo <input type="checkbox"/> Otro: _____ <b>Voltaje</b> <input type="checkbox"/> 110 V <input type="checkbox"/> 220 V <input type="checkbox"/> 440 V	<b>Puertas Externas</b> <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Vidrio <input type="checkbox"/> Plástico <input type="checkbox"/> Corrediza <input type="checkbox"/> Doble hoja <input type="checkbox"/> Rejas o anteportón <input type="checkbox"/> Contrapuerta <input type="checkbox"/> Marco de seguridad <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Tapias</b> <input type="checkbox"/> No existen tapias <input type="checkbox"/> Si, indique: Altura _____m Material _____ <input type="checkbox"/> Con alambre navaja	<b>Techos</b> <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Domos <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Pisos</b> <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Madera o fibrolit <input type="checkbox"/> Ladrillo / Bloques <input type="checkbox"/> Cerámica o similar	<b>Entrepisos</b> <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Madera o fibrolit <input type="checkbox"/> Ladrillo / Bloques <input type="checkbox"/> Cerámica o similar <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Cielo Raso</b> <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Gypsum o similar <input type="checkbox"/> Fibrocemento o similar <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Otro: _____

**MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LA LOCALIDAD ASEGURADA**

Señale las medidas de seguridad de la propiedad:

<b>Equipo Extintor</b> <input type="checkbox"/> No tiene Extintor <b>Tipo</b> <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Polvo químico <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha última revisión: _____	<b>Rociadores</b> <input type="checkbox"/> No tiene rociadores <b>Tipo</b> <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/> Cobertura parcial <input type="checkbox"/> Cobertura total	<b>Alarma contra Incendio</b> <input type="checkbox"/> No tiene alarma <b>Tipo</b> <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Automática <b>Tipo de señal</b> <input type="checkbox"/> Sonora <input type="checkbox"/> Luminosa <b>Transmisión</b> <input type="checkbox"/> Desde puesto fijo a bomberos <input type="checkbox"/> Automáticamente por activación de sensores a bomberos	<b>Alarma contra Robo*</b> <input type="checkbox"/> No tiene alarma <b>Sistema de operación</b> <input type="checkbox"/> Magnética <input type="checkbox"/> Electrónica <input type="checkbox"/> Conectada con oficina de seguridad o policía** Cuenta con: <input type="checkbox"/> Circuito cerrado de TV en jardines <input type="checkbox"/> Luces infrarrojas o rayos láser en jardines <input type="checkbox"/> Otro: _____ *Si tiene, adjuntar documentos de última revisión. **Adjuntar contrato	<b>Cerraduras de Puertas Externas</b> <input type="checkbox"/> Llavin sencillo <input type="checkbox"/> Llavin doble paso <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--	---	---	---

**ACCIDENTES PERSONALES**

Asegurado y Asegurados Dependientes	Nombre y apellidos	N°. Cédula	Fecha Nac. día/mes/año	Edad	Zurdo		Suma Asegurada		
					Sí	No	Muerte Accidental (*)	Incapacidad Total o Parcial Permanente por accidente(**)	Gastos Médicos por accidente (***)
Asegurado									
Cónyuge/ Conviviente									
Hijo									
Hijo									
Hijo									
Hijo									

(\*) Para el riesgo de Muerte Accidental la suma asegurada máxima no debe superar los ₡30.000.000 o \$60.000.  
 (\*\*) Para el riesgo de Incapacidad Total o Parcial Permanente el monto asegurado debe ser como mínimo igual a la suma asegurada para el riesgo de Muerte Accidental con un máximo de ₡30.000.000 o \$60.000.  
 (\*\*\*) La suma máxima a asegurar será de un diez por ciento (10) % del monto asegurado de la cobertura de Muerte Accidental.

Si algún Asegurado ha recibido o está recibiendo indemnización por accidente o enfermedad, indique su nombre: \_\_\_\_\_

Si algún Asegurado presenta defecto físico, mutilación o deformación, indique su nombre: \_\_\_\_\_

Parte afectada \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_ Fecha del suceso \_\_\_\_\_ Grado de la pérdida \_\_\_\_\_

**Autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales o instituciones de salud, a que suministren información completa (copias de sus archivos) en relación con esta solicitud, al Instituto Nacional de Seguros.**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

DATOS DE LAS PERSONAS ASEGURADAS (Para servidores domésticos)					
RIESGOS DEL TRABAJO	NOMBRE Y APELLIDOS DEL SERVIDOR	No. DE CÉDULA	OCUPACIÓN	SALARIO DEL TRABAJADOR	FORMA DE PAGO DEL SALARIO (*)
Esta cobertura ampara personal doméstico de todo tipo, como sirvientes, cocineros, camareros, ayudas de cámara, mayordomos, lavaderos, jardineros, porteros, mozos de cuadro, choferes, conserjes, institutrices, niñeras, preceptores, secretarios, etc.					
(*) Indicar si el salario se le paga al servidor de manera mensual, semanal, quincenal o diaria.					

RESPONSABILIDAD CIVIL	CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD		
	Gradas: <input type="checkbox"/> Piso antideslizantes <input type="checkbox"/> Cubiertas con alfombras <input type="checkbox"/> Cintas antideslizantes <input type="checkbox"/> Pasamanos en escaleras <input type="checkbox"/> Pasamanos en desniveles		
	Piscinas: <input type="checkbox"/> Pisos antideslizantes <input type="checkbox"/> Baños y áreas de acceso <input type="checkbox"/> Áreas expuestas de piscina	Medidas de seguridad <input type="checkbox"/> Salvavidas <input type="checkbox"/> Flotadores	Otras: (tales como demarcaciones) Especifique:
	Animales: ¿Posee animales domésticos, de caza o guardianes?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se mantienen dentro de los predios asegurados?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Existen avisos o medidas preventivas que advierten la tenencia de animales?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Permanecen en áreas de seguridad o dentro del inmueble?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS			
En 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 y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como un instrumento adecuado para tales designaciones.			
Nombre:		Nº de Identificación:	
Fecha de nacimiento:	Parentesco o interés:	Porcentaje:	
Nombre:		Nº de Identificación:	
Fecha de nacimiento:	Parentesco o interés:	Porcentaje:	

DATOS DEL ACREEDOR		
Nombre del Acreedor:	Persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Jurídica	
No. de identificación:	Actividad económica:	Correo electrónico:
Apartado o código postal:	Número de teléfonos:	Número de fax:
Domicilio:		
Monto acreencia:	Grado acreencia:	

**VIGENCIA:** Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Este seguro puede ser suscrito por una vigencia anual o por un período inferior (corto plazo). La estructura tarifaria del seguro para cada opción de vigencia es diferente y dependerá el número de días por el que se contrate el seguro.

Moneda:  Colones  Dólares

DATOS DE PÓLIZA	Plan de Pago	Recargo Financiero*		Indique si tiene pólizas con otra compañía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Dólares	Colones	
	<input type="checkbox"/> Anual	Sin recargo	Sin recargo	Nombre de la Compañía Aseguradora: _____
	<input type="checkbox"/> Semestral	5%	8%	Número de póliza suscrita: _____
	<input type="checkbox"/> Cuatrimestral	6%	10%	Forma de Aseguramiento: <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero
	<input type="checkbox"/> Trimestral	7%	11%	Propiedad a Asegurar: <input type="checkbox"/> Casa de Habitación <input type="checkbox"/> Apartamento en condominio
	<input type="checkbox"/> Bimensual	8%	12%	Opciones de aseguramiento: <input type="checkbox"/> Seguro al 100% <input type="checkbox"/> Coaseguro 80%
	<input type="checkbox"/> Mensual	9%	13%	Vía de pago: <input type="checkbox"/> Cargo automático <input type="checkbox"/> Dedución Mensual Código: _____
	<input type="checkbox"/> Dedución Mensual	Sin recargo	Sin recargo	Para optar por cualquiera de estas opciones debe completar el formulario respectivo.
	*El porcentaje de recargo aplica sobre la prima anual			

## COBERTURAS

### Básicas (Las coberturas no tienen dependencia entre sí)

- V: Daño Directo de Bienes Inmuebles: Monto asegurado: \_\_\_\_\_
- Y: Daño Directo de Contenidos (\*): Monto asegurado: \_\_\_\_\_
- D: Convulsiones de la Naturaleza: Monto asegurado: \_\_\_\_\_ Participación del Asegurado al:  0%  10%  20%

\* Para brindar la protección de robo y tentativa de robo, la residencia debe contar como mínimo con las siguientes medidas de seguridad:  
 a) Protección en las ventanas      b) Llaves de doble paso en las puertas de acceso al exterior

### Coberturas Adicionales (Las coberturas no tienen dependencia entre sí)

- H: Pérdida de rentas por Contrato de Arrendamiento. Monto asegurado: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_
- K: Responsabilidad Civil: Monto asegurado: \_\_\_\_\_
- M: Riesgos del Trabajo para Servidores Domésticos. (Solamente para moneda colones). Llenar apartado denominado Riesgos del Trabajo.
- P: Accidentes Personales: Llenar apartado denominado Accidentes Personales.

### Cobertura de Servicios

Multiasistencia Hogar (Plan Total Plus): Gratuita para las pólizas que tienen suscritas las Coberturas V, Y y D.

DEDUCIBLES	DESCRIPCIÓN	DEDUCIBLE	
		COLONES	DÓLARES
DEDUCIBLES	<b>Daño Directo de Bienes Inmuebles</b>		
	Incendio	No tiene.	No tiene.
	V -Vientos huracanados -Vientos locales -Inundación -Deslizamiento.	1% del monto asegurado en el rubro afectado a la fecha del siniestro con un mínimo de ₡50.000.00 por evento	1% del monto asegurado en el rubro afectado a la fecha del siniestro con un mínimo de US \$100,00 por evento
	-Riesgos varios -Lluvia y derrame	₡50.000,00 fijos por evento.	US\$100,00 fijos por evento.
	<b>Daño Directo de Contenidos</b>		
	Incendio	No tiene.	No tiene.
	Y -Vientos huracanados -Vientos locales -Inundación -Deslizamiento.	1% del monto asegurado en el rubro afectado a la fecha del siniestro con un mínimo de ₡50.000,00 por evento.	1% del monto asegurado en el rubro afectado a la fecha del siniestro con un mínimo de US\$100,00 por evento
	Robo y tentativa de robo	10% de la pérdida con un mínimo de ₡50.000,00 por evento.	10% de la pérdida con un mínimo de US\$100,00 por evento.
	-Riesgos varios -Lluvia y derrame	₡50.000,00 fijos por evento	US\$100 fijos por evento
	D <b>Convulsiones de la Naturaleza.</b>	1% del monto asegurado en el rubro afectado a la fecha del siniestro con un mínimo de ₡50.000,00 por evento.	1% del monto asegurado en el rubro afectado a la fecha del siniestro con un mínimo de US\$100,00 por evento.
H <b>Pérdida de Rentas por Contrato de Arrendamiento</b>	Mínimo de 3 días	Mínimo de 3 días	
K <b>Responsabilidad Civil</b>	No tiene.	No tiene.	
M <b>Riesgos del Trabajo para Servidores Domésticos</b>	No tiene.	No Aplica.	
P <b>Accidentes Personales (aplica sólo para Gastos Médicos por Accidente)</b>	10% de los gastos incurridos con un mínimo de ₡5.000,00 por cada persona y por cada accidente.	10% de los gastos incurridos con un mínimo de US\$10,00 por cada persona y por cada accidente.	

Se establece un esquema de descuentos y recargos por siniestralidad excepto para la cobertura D, de acuerdo a la experiencia siniestral del Asegurado, que podrán ser aplicables a partir de la primera renovación del contrato de seguro:

% Siniestralidad	Descuento
De 0% a 20%	30%
Más de 20% a 40%	20%
Más de 40% a 60%	10%
Más de 60% a 80%	

% Siniestralidad	Recargo
Más de 60% a 80%	-
Más de 80% a 100%	10%
Más de 100% a 120%	20%
Más de 120%	30%

PCI	PROTECCIÓN CONTRA LA INFLACIÓN
	El Instituto conviene en incrementar en la prórroga anual de la póliza, en forma automática, la suma asegurada sobre los edificios y menaje declarados en esta póliza, en la misma proporción de incremento que señale el índice del costo promedio por metro cuadrado para la vivienda, calculado por el INS anualmente, con base en información de Estadísticas Económicas para la Construcción, emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Censos -INEC-.

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud del aseguramiento debidamente cumplimentado.</li> <li>• Formulario Conozca a su Cliente para personas físicas y/o jurídicas (para clientes nuevos) y las actualizaciones respectivas para clientes vigentes.</li> <li>• Para el aseguramiento sin lista: detalle de los bienes a asegurar, indicando marca, serie, modelo, antigüedad y valor para todos los bienes que sobrepasen los \$2000 o su equivalente en colones.</li> <li>• Obras de arte (para las opciones 1 con lista y 2 sin lista): detalle de la obra con el nombre, autor, técnica, valor; así como facturas, certificaciones de autenticidad, fotografías.</li> </ul>

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:  
 Dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com) / Consultas: [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com) / Contraloría: [csestados@ins-cr.com](mailto:csestados@ins-cr.com) / Teléfono: 2287-6161 / 800INSContraloría.

**DERECHO DE RETRACTO**

El asegurado tiene la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la cobertura. El Instituto dispondrá de un plazo de diez (10) días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

**NOTAS IMPORTANTES**

1. En caso de un evento, comunicarse al teléfono 800-TELEINS (800-835-3467), Fax 2221-2294 o a la dirección: contactenos@ins-cr.com.
2. De no haberse informado al Asegurador la existencia de sustancias inflamables o líquidos combustibles, y de comprobarse en un siniestro que éste se produjo por la existencia de alguno de ellos, este contrato será nulo. El Instituto Nacional de Seguros tendrá la potestad de solicitar una certificación de la resistencia al fuego, cuando así lo estime necesario, extendida por laboratorios oficiales o privados, nacionales o extranjeros, acreditados para tal fin por la autoridad competente, cuyas pruebas serán las que la Asociación Norteamericana de Ensayo de Materiales -ASTM (American Society of Testing Materials)- tenga publicadas en su última edición, tal como lo regula el Reglamento de Construcciones vigentes.
3. Los datos requeridos en el presente formulario son indispensables para la valoración del riesgo a proteger, no son excluyentes con otros formularios que requieran de similar información.

**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 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 en el pie de página.

**DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA**

He recibido el documento de Información previa al perfeccionamiento del contrato de seguros que he solicitado. Además se me ha informado que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de las Condiciones Generales de este seguro, sus modificaciones y adiciones y que además puedo consultarlas a través de la dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com). Declaro que la información anterior es verídica, completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito.

Firma y cédula del Tomador	Firma del Intermediario
Firma: _____ Cédula: _____ En caso de persona jurídica, indicar además: Nombre: _____ Cargo: _____ Lugar y fecha: _____ Declaro que toda la información que ha sido dictada o escrita por mí en este formulario, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la Póliza. Con lo anterior, autorizo a la entidad financiera a incorporarme en esta póliza.	Nombre completo: _____ N° de cédula: _____ N° de intermediario: _____ En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____ Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ En mi calidad de Intermediario de comercialización, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fé 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.

Riesgo aceptado por:	Revisado por:
Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Intermediario: _____	Nombre: _____ Firma: _____ Sello: _____

**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 los registros números G06-44-A01-142 V6 (colones) del 18 de junio de 2015 y G06-44-A01-532 V2 (dólares) del 18 de junio de 2015.**

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:  
 Dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com) / Consultas: [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com) / Contraloría: [csejicios@ins-cr.com](mailto:csejicios@ins-cr.com) / Teléfono: 2287-6161 / 800INSContraloría.