



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**SEGURO VOLUNTARIO DE AUTOMÓVILES COLONES**  
**SEGURO VOLUNTARIO DE AUTOMÓVILES DÓLARES**  
**SOLICITUD DE SEGURO**

**LÍNEA DE AUTOMÓVILES VOLUNTARIO**

Este documento constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía de que será aceptada por el Instituto, ni que en caso de aceptarse, dicha aceptación concuerde con los términos establecidos en ella.

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

LUGAR:			HORA:		
FECHA:	DÍA:	MES:	AÑO:		

**TIPO DE TRÁMITE**

Emisión: <input type="checkbox"/>	Endoso: <input type="checkbox"/>	Nº PÓLIZA MADRE:	Nº DE PÓLIZA:
-----------------------------------	----------------------------------	------------------	---------------

**DATOS DEL SOLICITANTE DEL SEGURO**

<b>DATOS DEL TOMADOR</b>	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:	
	Nombre o razón social:			
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución Autónoma <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <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"/>
	Nº de Identificación		Ocupación o Actividad Económica:	Otro : <input type="checkbox"/> _____
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Nacionalidad:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Correo electrónico:
	Provincia:	Cantón:	Distrito:	
	Dirección exacta de residencia:			Fax:
	Apartado Postal:	Teléfono Oficina:	Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:

**SI EL TOMADOR DEL SEGURO Y EL ASEGURADO SON LA MISMA PERSONA MARQUE EL SIGUIENTE CUADRO  (EN CUYO CASO OMITA LLENAR LOS DATOS DEL ASEGURADO)**

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:	
	Nombre o razón social:			
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución Autónoma <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <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"/>
	Nº de Identificación		Ocupación o Actividad Económica:	Otro : <input type="checkbox"/> _____
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Nacionalidad:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Correo electrónico:
	Provincia:	Cantón:	Distrito:	
	Dirección exacta de residencia:			Fax:
	Apartado Postal:	Teléfono Oficina:	Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:

**DATOS DEL RIESGO**

PLACA:	AÑO:	MARCA, MODELO y SERIE:			
PESO BRUTO:	COMBUSTIBLE:	COLOR:	CAPACIDAD:	CILINDROS:	CUBICAJE:
USO: Personal <input type="checkbox"/> Personal-Comercial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>		TIPO DE VEHÍCULO:			
Especifique: _____					

¿El vehículo es personalizado o hecho a la medida de fabrica?  Sí  No  Describa brevemente qué características lo diferencian con respecto al modelo original de fabrica: \_\_\_\_\_

CARGA: Pasajeros <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/>	Nº VIN: _____
Madera <input type="checkbox"/> Inflamables <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Ganado <input type="checkbox"/>	Nº MOTOR: _____

MONEDA	VALOR ASEGURADO DEL VEHÍCULO: ¢ <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/>	Si el vehículo es exonerado del pago de impuestos de importación, ¿Desea pagar una extraprima en las coberturas D, F y H para que en caso de pérdida parcial se reconozca el pago del impuesto de ventas en las facturas de repuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¢ <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/>	¿El vehículo es exonerado del pago de impuestos de importación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**ASPECTOS RELACIONADOS AL RIESGO**

**Interés Asegurable sobre el vehículo (ESTA CONDICIÓN SE VERIFICA EN EL TRÁMITE INDEMNIZATORIO):**  
 Accionista (Propietario)  Propietario  Cónyuge  Arrendatario  Depositario Judicial  Acreedor Prendario  Comodatario  Otro \_\_\_\_\_

**DEDUCIBLES Y FORMAS DE ASEGURAMIENTO**

Bajo la cobertura "C" Responsabilidad Civil Extracontractual por Daños a la Propiedad de Terceros, se aplicará sobre la pérdida bruta un Deducible Ordinario Porcentual del 20% con un Deducible mínimo de ¢150.000 o \$300 (el resulte mayor).  
 El deducible ordinario puede ser sustituido por un deducible mínimo opcional o un deducible fijo opcional.  
**Elijo un Deducible Ordinario para la cobertura "C" :**

**Las Formas de Aseguramiento operan únicamente para las coberturas D, F y H y definen el deducible que se aplicará por cobertura en la pérdida:**

**PRIMER RIESGO ABSOLUTO (P.R.A.):** Bajo esta forma de aseguramiento se aplicará sobre la pérdida bruta un Deducible Ordinario Único de ¢200.000 o \$400, según cobertura(s) afectada(s) en el evento. No existe posibilidad de contratar deducibles opcionales.  
**Elijo el Deducible Ordinario a P.R.A. para la(s) cobertura(s) "D", "F" y/o "H" que haya contratado:**

Cuando la cobertura "F" Robo y/o Hurto se haya contratado como única cobertura en la póliza o se haya suscrito sin la combinación de la cobertura "D" Colisión y/o Vuelco, no se podrá suscribir la Forma de Aseguramiento Primer Riesgo Absoluto en la póliza.

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Oficinal Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José/  
 Central telefónica 2287-6000/ Apdo. Postal 10061-1000/ Consultas: contactenos@ins-cr.com / Defensoría del Cliente:  
 defensoriadcliente@ins-cr.com / Fax: 2243-7062/  
**Consulte nuestra página Web: www.ins-cr.com**  
**Actualice anualmente el valor asegurado del vehículo así como sus datos personales cuando estos varíen.**



**VALOR DECLARADO:** Bajo esta forma de aseguramiento se aplicará sobre la pérdida bruta un Deducible Ordinario Porcentual del 20% con un Deducible Mínimo de ¢150.000 o \$300 (el que resulte mayor), según cobertura(s) afectada(s) en el evento.

El deducible ordinario puede ser sustituido por un deducible mínimo opcional o un deducible fijo opcional.

Elija el Deducible Ordinario a Valor Declarado para la(s) cobertura(s) "D", "F" y/o "H" que haya contratado:

**DEDUCIBLE OPCIONAL PARA LAS COBERTURAS C, D, F y H**

Opera un deducible porcentual del 20% con un deducible mínimo opcional por:

¢300.000 o \$600	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢500.000 o \$1.000	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢600.000 o \$1.200	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢700.000 o \$1.400	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO

En coberturas D, F y H se aplicará uniformemente el mismo deducible que haya sido elegido para cualquiera de estas coberturas

**DEDUCIBLES OPCIONALES FIJOS PARA LAS COBERTURAS C, D, F y H**

Opera un deducible opcional fijo por la suma de:

¢300.000 o \$600	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢500.000 o \$1.000	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢600.000 o \$1.200	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢700.000 o \$1.400	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢1.000.000 o \$2.000	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢1.200.000 o \$2.400	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢1.500.000 o \$3.000	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO
¢5.000.000 o \$10.000	Aplicar en la siguiente cobertura:	CO	DO	FO	HO

En coberturas D, F y H se aplicará uniformemente el mismo deducible que haya sido elegido para cualquiera de estas coberturas

**RUTA TRANSITADA** (Aplica sólo para autobuses, microbuses y busetas): Entre ciudades  Interurbano Capital  Provincias  Internacional  Escolar

**BENEFICIARIO(S) EN CASO DE NO PODER INDEMNIZAR AL ASEGURADO (Indique el Nombre y apellidos, cédula y porcentaje del beneficio)**

1.		
2.		

**ADVERTENCIA** En el caso que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para 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 u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra como beneficiario al mayor de edad, quién en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

**VIGENCIA Y FORMA DE PAGO**

**Forma de Pago:** Semestral  Trimestral  Mensual  Vigencia:  Semestral  Corto Plazo

**CONDUCTO** Deducción de Planilla  Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_ Código PDM del Plan de Deducción de Planilla: \_\_\_\_\_

**DE COBRO** Cargo Automático  N° de Tarjeta: \_\_\_\_\_ EMISOR:  Visa  Mastercard  American Express  Otro: \_\_\_\_\_

**DETALLE DE COBERTURAS**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	MONTO ASEGURADO en miles ¢ <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/>		Prima
		Por Persona	Por Accidente	
<input type="checkbox"/> A	Responsabilidad Civil Extracontractual por Lesión y/o Muerte de Personas.			
<input type="checkbox"/> B	Servicios Médicos Familiares Básica. Opciones 3 mlls <input type="checkbox"/> 5 mlls <input type="checkbox"/> 8 mlls <input type="checkbox"/> 10 mlls <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> C	Responsabilidad Civil Extracontractual por Daños a la Propiedad de Terceros.			
<input type="checkbox"/> D	Colisión y/o Vuelco.			
<input type="checkbox"/> E	Gastos Legales.			
<input type="checkbox"/> F	Robo y/o Hurto. ¿Cuenta con dispositivos de seguridad? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿De que tipo? _____ Porcentaje de descuento: _____			
<input type="checkbox"/> G	Multiasistencia Automóviles.			
<input type="checkbox"/> H	Riesgos Adicionales.			
<input type="checkbox"/> I	Responsabilidad Civil Extracontractual Extendida por Lesión y/o Muerte de Personas y Daños a la propiedad de Terceros.			
<input type="checkbox"/> J	Pérdida de Objetos Personales.			
<input type="checkbox"/> K	Indemnización para Transporte Alternativo Hasta 5 días <input type="checkbox"/> Hasta 10 días <input type="checkbox"/> Hasta 15 días <input type="checkbox"/> Hasta 60 días <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> L	Responsabilidad Civil Extracontractual Extendida por Lesión y/o Muerte de Personas y Daños a la Propiedad de Terceros por el uso de un auto sustituto			
<input type="checkbox"/> M	Multiasistencia Extendida.			
<input type="checkbox"/> N	Exención de Deducible Para Cobertura "C" <input type="checkbox"/> Para Cobertura "D" <input type="checkbox"/> Para Cobertura "F" <input type="checkbox"/> Para Cobertura "H" <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> P	Servicios Médicos Familiares Plus y Muerte de los Ocupantes del Vehículo Asegurado. Opciones 3 mlls <input type="checkbox"/> 5 mlls <input type="checkbox"/> 8 mlls <input type="checkbox"/> 10 mlls <input type="checkbox"/> 20 mlls <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Y	Extraterritorialidad: Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Destino: _____ Desde: _____ Hasta: _____			
<input type="checkbox"/> Z	Riesgos Particulares			

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Oficinal Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José/  
Central telefónica 2287-6000/ Apdo. Postal 10061-1000/ Consultas: contactenos@ins-cr.com / Defensoría del Cliente:  
defensoriadcliente@ins-cr.com / Fax: 2243-7062/  
Consulte nuestra página Web: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)

Actualice anualmente el valor asegurado del vehículo así como sus datos personales cuando estos varíen.

