



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

DATOS DEL TOMADOR	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)

DATOS DEL ASEGURADO	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:
USO: Personal <input type="checkbox"/> Personal-Comercial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	TIPO DE VEHÍCULO:			

¿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"/> Madera <input type="checkbox"/> Inflamables <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Ganado <input type="checkbox"/>	Nº VIN: _____
Nº MOTOR: _____	

MONEDA <input type="checkbox"/> 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	
A <input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Extracontractual por Lesión y/o Muerte de Personas.			
B <input type="checkbox"/>	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"/>			
C <input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Extracontractual por Daños a la Propiedad de Terceros.			
D <input type="checkbox"/>	Colisión y/o Vuelco.			
E <input type="checkbox"/>	Gastos Legales.			
F <input type="checkbox"/>	Robo y/o Hurto. ¿Cuenta con dispositivos de seguridad? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿De que tipo? _____ Porcentaje de descuento: _____			
G <input type="checkbox"/>	Multiasistencia Automóviles.			
H <input type="checkbox"/>	Riesgos Adicionales.			
I <input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Extracontractual Extendida por Lesión y/o Muerte de Personas y Daños a la propiedad de Terceros.			
J <input type="checkbox"/>	Pérdida de Objetos Personales.			
K <input type="checkbox"/>	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"/>			
L <input type="checkbox"/>	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			
M <input type="checkbox"/>	Multiasistencia Extendida.			
N <input type="checkbox"/>	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"/>			
P <input type="checkbox"/>	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"/>			
Y <input type="checkbox"/>	Extraterritorialidad: Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Destino: Desde: _____ Hasta: _____			
Z <input type="checkbox"/>	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
Actualice anualmente el valor asegurado del vehículo así como sus datos personales cuando estos varíen.

OTROS BIENES Y RIESGOS ASEGURABLES

<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil bajo los efectos del Alcohol	
<input type="checkbox"/> Blindaje (Brindar detalle en Observaciones) Monto Total Asegurado del Blindaje: _____	
<input type="checkbox"/> Acople de vehículos sin tracción propia: (Valor promedio del vehículo remolcado: _____)	
<input type="checkbox"/> Equipo Especial (Brindar detalle y monto de cada aditamento en Observaciones) Monto Total Asegurado EE _____	
<input type="checkbox"/> Protección contra actuaciones del conductor del vehículo asegurado de una flotilla	
<input type="checkbox"/> Rallies <input type="checkbox"/> Opción N° 1 <input type="checkbox"/> Opción N° 2	
<input type="checkbox"/> Declaraciones <input type="checkbox"/> Cob. A <input type="checkbox"/> Cob. C <input type="checkbox"/> Cob. D <input type="checkbox"/> Cob. F <input type="checkbox"/> Cob. H	
<input type="checkbox"/> Licencias Individual <input type="checkbox"/> Licencias Aprendizaje de Conducción <input type="checkbox"/> Licencias Colectivo	

PRIMA DEL SEGURO

Sub Total:	Experiencia Siniestral:	Otro (aclarar):	Impuesto de Ventas:	Total:
-------------------	--------------------------------	------------------------	----------------------------	---------------

INFORMACIÓN PARA EL ASEGURAMIENTO DE RADIOS

Si el valor del radio excede el monto de la siguiente tabla, de acuerdo al valor del vehículo, se debe asegurar como Equipo Especial.

Monto asegurado del vehículo	Valor del radio	Monto asegurado del vehículo	Valor del radio	Monto asegurado del vehículo	Valor del radio
Hasta ₡1.000.000 o \$2.000	\$150	De más de ₡3.000.000 o \$6.000 a ₡5.000.000 o \$10.000	\$550	De más de ₡10.000.000 o \$20.000 en adelante, como máximo el costo de un radio con las mismas características que el que trae el vehículo comprado en la agencia representante de la marca.	
De más de ₡1.000.000 o \$2.000 a ₡3.000.000 o \$6.000	\$250	De más de ₡5.000.000 o \$10.000 a ₡10.000.000 o \$20.000	\$750		

OBSERVACIONES

SEÑALE LA PERSONA Y EL MEDIO POR EL CUAL PODER SER NOTIFICADO:

Tomador Asegurado Residencia Apartado Fax Correo electrónico

Pluralidad de Seguros:

¿Tiene seguro suscrito para este bien con otra compañía aseguradora? SÍ NO ¿Con cuál compañía? _____

Ante un accidente ¿Desea reparar su vehículo sólo con repuestos usados o alternativos? SÍ NO sólo para vehículos con antigüedad igual o superior a 10 años

Acreedor Prendario:	I.D.:	Monto:	Porcentaje Acreencia:
----------------------------	--------------	---------------	------------------------------

Conductor Habitual	I.D.:	Se declara si el Asegurado es una persona jurídica y el vehículo es de uso personal.
---------------------------	--------------	--

¿Se adjuntan fotografías del aseguramiento del vehículo? SÍ El aseguramiento no lo requiere N° de consecutivo Web correspondiente:

Declaro que la información aquí contenida es verídica, completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito. Cualquier omisión o información incorrecta puede causar el rechazo de cualquier reclamación; asimismo, entiendo que la falsedad u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra el Instituto y conllevar la devolución de la prima y la cancelación del contrato de seguro.

He recibido las Condiciones Generales de este seguro, las cuales me fueron ampliamente explicadas; manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud el seguro podrá ser emitido en esas condiciones. Además, se me ha informado que: a) Una vez suscrita la póliza se me entregarán las Condiciones Particulares correspondientes que rigen este contrato de seguro, B) Que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones, y c) Que puedo además consultar las condiciones contractuales de este seguro a través de la dirección electrónica: www.ins-cr.com

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

Tomador del Seguro: _____
 Firma Número de identificación Si es persona jurídica indique el nombre completo y el cargo

Asegurado: _____
 Firma Número de identificación Si es persona jurídica indique el nombre completo y el cargo

En mi calidad de Intermediario de seguros, 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 para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva aceptar o rechazar el aseguramiento.

Firma y número de intermediario (o representante de sede del INS): _____

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, bajo los registros: Seguro Voluntario de Automóviles Colones G01-01-A01-012 V12 de fecha 15 de enero de 2016 y Seguro Voluntario de Automóviles Dólares G01-01-A01-235-V10 de fecha 15 de enero de 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS


 Licda. Lucía Fernández Sáenz

Gerente General
 Cédula Jurídica 400000-1902-22

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Ofical 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.