

Modalidad: Contributiva No Contributiva

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por lo 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.

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

LUGAR: HORA:

FECHA: DÍA: MES: AÑO:

PÓLIZA N°: COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN

DATOS DEL TOMADOR

Nombre completo (primer apellido, segundo apellido, nombre) o razón social:

Tipo de identificación: Persona jurídica: Nacional Extranjera Gobierno Institución autónoma
 Persona física: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro:

N° Identificación:

Fecha de nacimiento (persona física): Nacionalidad:

Indique el medio por el cual desea ser notificado: Correo electrónico Residencia Otro medio (indique cuál):

País: Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta de domicilio:

Teléfono oficina: Teléfono domicilio: Teléfono celular:

Correo electrónico:

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

BIENES POR ASEGURAR

1. Los equipos se aseguran por zona de riesgo, incluyendo el equipo fijo, móvil y portadores externos de datos.
2. Si existe más de una ubicación, declárelas en un formulario adicional.
3. Usar una hoja aparte, en caso necesario.

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Descripción	Marca	Modelo	Número de serie	Valor unitario	Año de fabricación	Tipo de equipo (fijo, móvil, celular, Portadores externos de datos)

ASPECTO RELACIONADO CON EL RIESGO

MEDIDAS DE SEGURIDAD

MANTENIMIENTO DEL EQUIPO

Mantiene los equipos asegurados con las siguientes protecciones eléctricas:

Red de puesta a tierra: Sí No Supresor de sobretensión transitorio (SSTV): Sí No

Regulador de voltaje: Sí No

En caso de Centros de Cómputo, cuenta con protección mediante dispositivos No Break o Unidades de Poder Ininterrumpido (UPS): Sí No

SISTEMA ELÉCTRICO

El sistema está entubado: Sí No Voltaje: 110v 220v 440v Breaker: Sí No
Interruptores de cuchilla: Sí No Interruptores de alambre: Sí No De fusible: Sí No
Los tomacorrientes utilizados por los equipos electrónicos se encuentran identificados: Sí No

Detalle los colindantes al norte, sur, este y oeste de la propiedad (Usar una hoja aparte, en caso de ser necesario)

Clase de construcción:

	Paredes exteriores	Paredes interiores
1. Cemento armado, concreto, ladrillo mixto, piedra, bloque.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prefabricada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Madera, tela metálica, hierro galvanizado, bahareque u otro material combustible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otros especifique: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: En los casos donde la clase de construcción sea de tipo bahareque, no se podrá continuar con el aseguramiento de los equipos.

ELECCIÓN DE OPCIONES

DATOS DE LA PÓLIZA

Moneda: Colones Dólares

Modalidad del seguro: Riesgo Nombrado Todo Riesgo

Plan de pago: Anual Cuatrimestral Bimestral Semestral Trimestral Mensual

Indique si tiene pólizas suscritas con otra compañía: Sí No

Nombre de la Compañía Aseguradora: Número de póliza suscrita:

Forma de Aseguramiento: Aseguramiento por cuenta propia Aseguramiento por cuenta de un tercero

COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICAS RIESGO NOMBRAO EQUIPO FIJO

MONTO ASEGURADO

- A: Daño Directo Equipo Electrónico
 B: Robo

COBERTURAS ADICIONALES RIESGO NOMBRAO EQUIPO FIJO

- C: Eventos de la naturaleza
 D: Otros Riesgos
 S: Portadores Externos de Datos

COBERTURAS PARA EQUIPOS MÓVILES RIESGO NOMBRAO

MONTO ASEGURADO

- E: Equipo móvil y/o portátil

COBERTURAS BÁSICAS TODO RIESGO EQUIPO FIJO

MONTO ASEGURADO

- R: Daño Directo Equipo Electrónico

COBERTURAS ADICIONALES TODO RIESGO EQUIPO FIJO

- S: Portadores Externos de Datos TR

COBERTURAS PARA EQUIPOS MÓVILES TODO RIESGO

MONTO ASEGURADO

- E: Equipo Móvil y/o Portátil TR

El monto asegurado que se está declarando incluye costos de transporte, impuestos, gastos de montaje y derechos de aduana? Sí No

OTROS TEMAS

- En caso de un evento, comunicarse al teléfono 800-TELEINS (800-835-3467), o a la dirección: contactenos@grupoins.com.
- 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.
- 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.

REQUISITOS PARA SUSCRIPCIÓN

- Solicitud de seguro debidamente cumplimentada.
- Factura de compra de los bienes por asegurar.
- Fotografía de los bienes por asegurar donde se pueda mostrar en una de ellas la identificación del equipo (salvo que se cuente con la autorización para su no presentación).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización.

Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del Asegurado a una base, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas. El INS podrá trasladar los datos a sus colaboradores, partes vinculadas, proveedores, intermediarios y socios comerciales, y a las empresas que conforman el Grupo INS, con el fin de ejecutar el contrato u ofrecer productos o servicios adicionales, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos. El INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas.

Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el Asegurado tiene derecho a la rectificación, restricción o supresión de sus datos de la base conformada por el INS, sin que ello afecte los datos registrados en los contratos.

Firma del Asegurado y/o Tomador

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 de seguro 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 (2) meses. El Asegurado podrá consultar el resultado o avance de su solicitud con su intermediario de seguros o mediante los medios que se indican al pie de la página.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

He recibido la Información previa al perfeccionamiento y las Condiciones Generales de este seguro, las cuales me fueron explicadas por el intermediario de seguros, abajo firmante; 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 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.grupoins.com o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS. 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 ASEGURADO O TOMADOR

Declaro que la información aquí contenida es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad, dando como resultado la terminación del contrato de seguros, de conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Asimismo, comunicaré al INS sobre los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

Asegurado o Tomador:

Firma

Número de identificación

En caso de persona jurídica debe firmar el representante legal y consignar su nombre completo e identificación

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

En mi calidad de Intermediario de seguros, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fé de que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para 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.

Nombre, firma y número de intermediario (o representante de sede del INS):

En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia o Corredora, indique el nombre y número de la misma:

Riesgo aceptado por:

Revisado por:

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 G07-45-A01-086 V__, de fecha __ de ____ del 202__.