

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**Formulario de inclusión para una póliza colectiva de salud**  
**Modalidad No Contributiva**

<b>DATOS DEL EMPLEADO</b>	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo				Estado Civil:	
	N° Identificación		Ocupación actividad económica:		<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: _____	
	Fecha nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo:		Escolaridad:
	Provincia:		Cantón:	Distrito:		<input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado Universitario
	Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:
	Dirección Electrónica:					
	Nombre del Patrono:					
	Edad:		Cuenta Cliente:		Banco Emisor:	
	Indique su peso      Kgs		Estatura      Mts	¿Usted fuma?    Sí ___ No ___ Marco que Sí, indique cuantos cigarrillos al día ___		
<b>DATOS DE LA PÓLIZA</b>	No. DE PÓLIZA	¿ Esta solicitud va a sustituir otro seguro?		Si el seguro es nacional marque el nombre del seguro		Si el seguro es extranjero indique el nombre:
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjero			<input type="checkbox"/> INS Medical <input type="checkbox"/> Gastos médicos del INS <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		Tipo de Producto: <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Internacional
	<b>DEPENDIENTE #1</b>					
	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:		N° de Identificación:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Parentesco:	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"/> Otro: _____			Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Nacional <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Cédula Residencia		
Indique su peso      Kgs		Estatura      Mts	¿Usted fuma?    Sí ___ No ___ Marco que Sí, indique cuantos cigarrillos al día ___			
<b>DEPENDIENTES A ASEGURAR</b>	<b>DEPENDIENTE #2</b>					
	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Fecha de Nacimiento:		N° de Identificación:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
	Parentesco:	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"/> Otro: _____			Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Nacional <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Cédula Residencia	
	Indique su peso      Kgs		Estatura      Mts	¿Usted fuma?    Sí ___ No ___ Marco que Sí, indique cuantos cigarrillos al día ___		
	<b>DEPENDIENTE #3</b>					
	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Fecha de Nacimiento:		N° de Identificación:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
	Parentesco:	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"/> Otro: _____			Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Nacional <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Cédula Residencia	
	Indique su peso      Kgs		Estatura      Mts	¿Usted fuma?    Sí ___ No ___ Marco que Sí, indique cuantos cigarrillos al día ___		
	<b>DEPENDIENTE #4</b>					
	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Fecha de Nacimiento:		N° de Identificación:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
	Parentesco:	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"/> Otro: _____			Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Nacional <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Cédula Residencia	
	Indique su peso      Kgs		Estatura      Mts	¿Usted fuma?    Sí ___ No ___ Marco que Sí, indique cuantos cigarrillos al día ___		

¿Tiene o ha tenido alguna condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual Ud. ha recibido consulta, tratamiento médico, servicios, chequeos, controles y/o medicamentos prescritos por un médico?  SI  NO. En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación:

Nombre del Empleado o Dependiente a asegurar	Nombre Médico Clínica u Hospital	Nombre de la enfermedad, accidente o padecimiento	Fecha de Inicio	Duración de Enfermedad	Resultado del Tratamiento

**EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL BENEFICIARIO:**

**Advertencia:**  
 En el 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 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 beneficiario al mayor de edad, quien 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.

<b>BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO</b>	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:	
	Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras Señas:					
		Provincia:	Cantón:					
	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras Señas:						
	Provincia:	Cantón:						

**NOTIFICACIONES**

Señale el medio por el cual desea ser notificado.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Fax: \_\_\_\_\_

Apartado o Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Recuerde mantener actualizados sus datos.*

**DECLARACIÓN DEL EMPLEADO**

Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida. Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros.

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.

**Este documento sólo constituye un formulario de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que el seguro sea aceptado por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

**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 P16-35-A01-072-V2 de fecha 16 de noviembre del 2011 y P16-35-A01-113-V2 de fecha 17 de noviembre del 2011.**

_____ <b>Firma y No. de identificación del Empleado</b>	<b>FECHA:</b> _____	_____ <b>Nombre Intermediario</b>
_____ <b>Firma y número de Intermediario</b>		

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_