



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGUROS PERSONALES



**SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO CONTRATO TIPO SUSCRITO ENTRE EL INS
Y LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS Y PRIVADOS - ANEP.**

El/la suscrito/a, afiliado/a a ANEP, solicito ser incluido/a en el SEGURO DE VIDA TRADICIONAL contratado por ANEP como Tomador del Seguro Colectivo, cuyo número de póliza colectiva se indica al pie de este párrafo. Para ello declaro: 1. Mis datos personales, 2. La opción de monto asegurado elegida, 3. Los beneficiarios, 4. El núcleo familiar a asegurar, 5. La forma de pago del seguro por medio del INS o el pago por medio de la ANEP, 6. La aceptación de las condiciones operativas sobre la administración de la póliza, por parte de ANEP, el INS y los agentes y 7. La declaración final. El pago del seguro lo realizaré mediante:

☒ DEDUCCION MENSUAL POR MEDIO DEL INS, PARA AFILIADOS DEL SECTOR PÚBLICO, POLIZA NO. VTM-738

☐ PAGO DIRECTO POR MEDIO DE ANEP, PARA AFILIADOS DEL SECTOR PRIVADO Y OTROS, POLIZA NO. _____

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido:										Segundo Apellido:										Nombre Completo:									
No. de cédula:										No. de afiliado ANEP:										Fecha afiliación a ANEP:									
Tipo de Identificación:										☐ Cédula de Identidad ☐ Cédula de residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso trabajo																			
Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año:										Edad Alcanzada:										Género: ☐ Femenino ☐ Masculino									
Nacionalidad:										Ocupación actual:																			
Provincia:										Cantón:										Distrito:									
Dirección exacta:																													
Teléfono Celular:										Teléfono domicilio:										Apartado postal:									
Institución o empresa donde labora y unidad departamental:																													
Teléfonos oficina:										Lugar geográfico donde se ubica su Sede de trabajo:																			
Filial de ANEP a la que pertenece:															Correo Electrónico:														
¿Usted cuenta con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? ☐ SÍ ☐ NO																													
Nombre de la compañía _____ N° de póliza _____																													

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____

2. OPCIONES DE MONTO ASEGURADO Y COSTOS MENSUALES

La ANEP negoció con el INS los siguientes montos de seguro con las primas respectivas de pago mensual. Con la firma y marca en círculo del monto de seguro en la línea respectiva en el cuadro siguiente, Con la firma y al marcar el monto de la opción elegida, señalo sólo la opción de mi interés:

	MONTO DE SEGURO	PRIMA MENSUAL	FIRMA DEL SOLICITANTE		MONTO DE SEGURO	PRIMA MENSUAL	FIRMA DEL SOLICITANTE
☐	¢ 5.000.000,00	¢ 2.500,84		☐	¢ 30.000.000,00	¢15.005,02	
☐	¢ 10.000.000,00	¢ 5.001,67		☐	¢ 40.000.000,00	¢20.006,69	
☐	¢ 20.000.000,00	¢10.003,34		☐	¢ 50.000.000,00	¢25.008,36	

Me informan los intermediarios, que a la fecha de firma de esta solicitud NO ESTA DISPONIBLE por parte del INS, el beneficio de indexación automática, es decir, el aumento anual del monto asegurado de forma automática en el mes de enero de cada año. Por eso solicito y autorizo al INS, de forma anticipada e inequívoca, para que cuando dicho beneficio esté disponible a futuro, se incremente el monto del seguro contratado en un ☐ 5 % anual, ☐ 10 % anual, ☐ no me interesa. Tengo claro que ello conlleva un incremento en la prima mensual.

Firma autorizando indexación: _____

3. DATOS DEL NUCLEO FAMILIAR PARA LA COBERTURA DEL "BENEFICIO FAMILIAR" (por muerte del cónyuge o conviviente un 50% del monto asegurado y un 25% del monto asegurado por muerte de hijos del titular hasta los 22 años si son estudiantes)

GRUPO FAMILIAR	NOMBRE (con 2 apellidos)	N° CÉDULA	Fecha Nacimiento
1. Cónyuge/conviviente			
2. Hijo (a)			
3. Hijo (a)			
4. Hijo (a)			

4. DATOS DEL BENEFICIARIO

Al momento de ser incorporado en la Póliza, Usted deberá hacer una designación de beneficiario (s) el (los) cual (es) puede cambiar en cualquier momento siempre que la póliza esté en vigor. Si requiere señalar más de dos beneficiarios, hágalo en una hoja adicional, siguiendo el mismo formato

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 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 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.

Expresar claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el Asegurado										
BENEFICIARIOS	Nombre:		Identificación:		Parentesco:		Género: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:		Dirección exacta:				Fax:			
			Provincia:				Cantón:			
							Dirección electrónica:			
	Nombre:		Identificación:		Parentesco:		Género: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:		Dirección exacta:				Fax:			
		Provincia:				Cantón:				
						Dirección electrónica:				

5. FORMA DE PAGO.

5.1. AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN MENSUAL DEL SUELDO

Autorizo al Patrono _____, código N° _____ para que a partir de la fecha aquí indicada, deduzca de mi sueldo la partida correspondiente a la prima de póliza de Seguro según se especifica; para que esta suma sea entregada al Instituto Nacional de Seguros en el entendido que esta deducción se seguirá efectuando con el patrono actual, hasta que:

a. Cese mi trabajo con el patrono actual.

b. Termine el período de pago de primas, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

c. Solicite expresamente al Instituto Nacional de Seguros, que no realice más deducciones, en cuyo caso la comunicación debo entregarla a más tardar el día 10 del mes correspondiente; caso contrario, el abono de este mes deberá ser cubierto en su totalidad.

d. Se termine este sistema de deducciones mensuales.

e. Deje de percibir en forma transitoria el salario, total o parcialmente

Acepto las condiciones expuestas en la presente "Autorización para deducción mensual del sueldo". Conforme a las anteriores condiciones firmo en _____ a los _____ días del mes _____ del año _____. La deducción se hará a partir de: _____ según el monto indicado en el punto No. 2 "PRIMA MENSUAL" de esta solicitud.

5.2. PAGO DE LA POLIZA POR MEDIO DE LA ANEP.

Manifiesto mi obligación de pagar trimestralmente y por adelantado en ANEP, el importe o costo del seguro que he solicitado. Dicho pago se hará por el medio convenido mutuamente con la ANEP, sea transferencia a cuenta, efectivo, cargo a tarjeta u otros. Tengo claro que el atraso de un sólo pago del seguro conllevará la cancelación de la póliza, sin responsabilidad para ANEP, el INS o lo intermediarios de seguros.

Medio convenido de pago: No aplica

6. CONDICIONES E INFORMACION BASICA GENERAL SOBRE LA POLIZA

6.1. Declaro que se me ha entregado el documento informativo o brouchure oficial con información de las pólizas colectivas de vida de la ANEP, los cuales se explican de forma clara y precisa los aspectos más relevantes del seguro voluntario en cuestión: pago del seguro mensual del seguro y mi responsabilidad al respecto para mantener vigente la póliza; funcionamiento, limitaciones de cobertura y exclusiones del seguro; procedimiento de presentación de reclamos y otros alcances de la póliza; además para consultas, se detallan los nombres y localización de los agentes de seguros del INS a cargo de la póliza.

6.2. También declaro que se me ha informado de forma inequívoca por parte de ANEP y Agentes de Seguros del INS, que el seguro empezará a regir UNA VEZ SATISFECHO CUALQUIER REQUISITO DE ASEGURABILIDAD SOLICITADO POR EL INS, APROBADA LA PRESENTE SOLICITUD Y HECHO EL PRIMER PAGO EFECTIVO AL INS, por el medio de pago definido.

6.3 Todo cambio de Beneficiarios, Núcleo Familiar y cualquier otro dato relativo a esta solicitud, sólo se podrá realizar de forma personal por el interesado en las Oficinas de ANEP o mediante envío por firma digital u otros medios que ANEP determine válidos y sean aceptados por el INS.

Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. 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 de no mayor a dos (2) meses.

7. DECLARACION FINAL.

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza y efectuar la deducción mensual del salario o sueldo; y de ANEP para incluirme en la misma y/o efectuar el cobro directo. **Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo a ANEP como Tomador del Seguro a incorporarme en esta póliza.**

Manifiesto haber entendido claramente todos los puntos anteriores, en particular el 5 y 6 detallados anteriormente en esta solicitud; haber recibido, leído y entendido el brochure informativo y otros materiales similares distribuidos por la ANEP sobre la póliza; además, expreso mi voluntad inequívoca para que las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza, así como futuros cambios contractuales u operativos de ANEP o el INS, me sean comunicados y enviadas al correo electrónico arriba señalado. En todo caso también me queda claro que podré ver y consultar dichas condiciones generales y particulares en detalle y en todo momento en la página web del INS: www.ins-cr.com o de ANEP www.anep.or.cr sección Póliza de Vida. Igualmente, que ante cualquier consulta podré acudir a los Agentes de Seguros a cargo del seguro, al correo, teléfonos y sitio web indicados al pie de esta solicitud.

Firma afiliado/a ANEP: _____ Fecha de recibido de solicitud en ANEP _____

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 el registro P14-26-A01-074 V4 del 11 de marzo del 2014.

Observaciones para uso de Agentes de Seguros, ANEP o el INS: _____

Nombre y firma del Agente de Seguros _____ Fecha de recibido _____

Agentes de Seguros del INS: Dr. Hugo Quesada M., Ing. Ana Erika Osés C., Licda. Eriant Quesada O. y Sr. Iván Quesada Mora.
Licencias SUGESE08-1519, 08-1487, 13-2578 y 10-2163. Tel. 2280-7775, 2234-6202, www.queosseguros.com, info@queosseguros.com