INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Consentimiento informado y designación de beneficiarios

Fecha:

Producto: VIDA CONTRATO TIPO **N° de Póliza:** VTM - 818

Nombre del Tomador del Seguro: ASOCIACION NACIONAL DE EMPLEADOS PUBLICOS Y PRIVADOS

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro

Numero de Identificación:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año _____/_____/_____ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta:

Dirección electrónica: Teléfono Celular:

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que la información brindada y detallada en este documento 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. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador a incorporarme en esta póliza. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios de la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

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 y asistencias.

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.

Declaro que recibí la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesto que las he entendido, las acepto libremente y entiendo que, al suscribir esta solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

Nombre del Beneficiario:

Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro

N° de identificación: Parentesco: Porcentaje %:

Nombre del Beneficiario:

Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro

N° de identificación: Parentesco: Porcentaje %:

Nombre del Beneficiario:

Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro

N° de identificación: Parentesco: Porcentaje %:

Nombre del Beneficiario:

Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro

N° de identificación: Parentesco: Porcentaje %:

Nombre del Beneficiario:

Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro

N° de identificación: Parentesco: Porcentaje %:

Firma del Asegurado: