

DATOS DEL EMPLEADO	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:	
	Fecha nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
	Provincia:		Cantón:		Distrito:	
	Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
	Teléfono Celular:		Dirección Electrónica:			
	Nombre del Tomador:				Teléfono del Tomador:	
	Edad:		Cuenta Cliente:		Banco Emisor:	
	(Para Asegurado Directo) Fecha de ingreso a la empresa: _____ Día / Mes / Año					
Número de póliza madre: _____ Número de póliza hija: _____						

DATOS DE LA PÓLIZA	No. DE PÓLIZA	¿ Esta solicitud va a sustituir otro seguro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si el seguro es nacional marque el nombre del seguro <input type="checkbox"/> INS Medical <input type="checkbox"/> Gastos médicos del INS <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Si el seguro es extranjero indique el nombre: _____
		<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjero		Tipo de Producto: <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Internacional

DEPENDIENTES A ASEGURAR	DEPENDIENTE #1					
	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	
	DEPENDIENTE #2					
	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	
	DEPENDIENTE #3					
	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	
	DEPENDIENTE #4					
	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	

BENEFICIARIOS	<p>Nota: En caso de contar con el Seguro de Vida Colectiva, los beneficiarios designados aplican tanto para el seguro de salud como el de vida; caso contrario aplican únicamente para la cobertura de fallecimiento en la póliza de salud.</p> <p>EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL BENEFICIARIO:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>							
	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"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:		Dirección:		Otras Señas:			
		Provincia:		Cantón:				
SEGURO VIDA COLECTIVA	Inclusión en el Seguro de Vida Colectiva: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
	Monto asegurado: _____							
	Número de póliza madre: _____ Número de póliza hija: _____							
NOTIFICACIONES	Señale el medio por el cual desea ser notificado.							
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____ _____ <i>Recuerde mantener actualizados sus datos.</i>							
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.								
Nombre del Empleado		Nombre del representante del tomador del seguro		Nombre Intermediario				
		Puesto del representante del tomador del seguro						
Firma y No. de identificación del Empleado		Firma y N° de identificación del representante del tomador del seguro		Firma y número de Intermediario				
Fecha de emisión:								