



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO EQUIPO  
ELECTRÓNICO RIESGO NOMBRADO PARA  
EL TOMADOR  
PÓLIZA COLECTIVA

TIPO DE TRÁMITE: ☐ COTIZACIÓN ☐ EMISIÓN ☐ VARIACIÓN

N° DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

Modalidad: ☐ Contributiva ☐ No contributiva

Este documento sólo 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. Además, contiene información relacionada con la Póliza Conozca a su Cliente.

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

|        |      |      |       |  |
|--------|------|------|-------|--|
| LUGAR: |      |      | HORA: |  |
| FECHA: | DÍA: | MES: | AÑO:  |  |

DATOS DEL TOMADOR

|                                                                                                                                                                       |                       |                                      |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|
| Nombre o razón social:                                                                                                                                                | N° de Identificación: |                                      |                                          |
| Dirección exacta:                                                                                                                                                     |                       |                                      |                                          |
| Pais:                                                                                                                                                                 | Provincia:            | Cantón:                              | Distrito:                                |
| Apartado:                                                                                                                                                             | Teléfono (s):         | Correo electrónico:                  |                                          |
|                                                                                                                                                                       | /                     | Otra dirección de correo autorizada: |                                          |
|                                                                                                                                                                       | Fax:                  |                                      |                                          |
| Relación con el Asegurado: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                       |                                      |                                          |
| Indique el medio por el cual desea ser notificado:                                                                                                                    |                       |                                      | Recuerde mantener actualizados sus datos |

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Equipos a asegurar:                             |  |
| Proyección total de equipos a asegurar por año: |  |

VIGENCIA SOLICITADA

Desde:      /      /      Hasta:      /      /

ELECCIÓN DE OPCIONES

COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICAS

- ☐ A: Daño Directo Equipo Electrónico  
☐ B: Robo  
☐ E: Equipo móvil y/o portátil

COBERTURAS ADICIONALES

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

PLAN DE PAGO

- ☐ Anual ☐ Trimestral  
☐ Semestral ☐ Mensual

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

Recargos aplicables, según la forma de pago escogida:

|            | Colones     | Dólares     |
|------------|-------------|-------------|
| Anual      | Sin recargo | Sin recargo |
| Semestral  | 8%          | 5%          |
| Trimestral | 11%         | 7%          |
| Mensual    | 13%         | 9%          |

MONEDA

- ☐ Colones ☐ Dólares

Cargo automático

- ☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito  
Debe de llenar formulario cargo automático

OTRAS ASEGURADORAS

Indique si tiene pólizas suscritas con otra compañía aseguradora:

- ☐ Sí ☐ No

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de póliza suscrita: \_\_\_\_\_

FORMA DE ASEGURAMIENTO

Indicar si se asegura por cuenta propia o por cuenta de un tercero

- ☐ Aseguramiento por cuenta propia ☐ Aseguramiento por cuenta de un tercero

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com) / Consultas: [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com) / Contraloría: 2287-6161 ó 800INSContraloría / [cservicios@ins-cr.com](mailto:cservicios@ins-cr.com).

| <b>DEDUCIBLES</b>                                                                                        | <b>Los deducibles que aplican en este seguro para cada cobertura son las siguientes:</b> |                                                                                            |                                                                                            |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                          | Descripción                                                                              |                                                                                            | Colones                                                                                    | Dólares                                                                                   |
|                                                                                                          | A                                                                                        | Daño directo Equipo Electrónico                                                            | 20% sobre la pérdida con un mínimo de ₡20,000,00<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ * | 20% sobre la pérdida con un mínimo de \$USD 50.<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ * |
|                                                                                                          | B                                                                                        | Robo                                                                                       |                                                                                            |                                                                                           |
|                                                                                                          | C                                                                                        | Eventos de la naturaleza                                                                   |                                                                                            |                                                                                           |
|                                                                                                          | D                                                                                        | Otros riesgos                                                                              |                                                                                            |                                                                                           |
|                                                                                                          | S                                                                                        | Portadores externos de datos                                                               |                                                                                            |                                                                                           |
| E                                                                                                        | Equipo móvil y/o portátil                                                                | 25% sobre la pérdida con un mínimo de ₡20,000,00<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ * | 25% sobre la pérdida con un mínimo de \$USD 50.<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ *  |                                                                                           |
| (*) La posibilidad de optar por otro deducible, implica una modificación en la tarifa de las coberturas. |                                                                                          |                                                                                            |                                                                                            |                                                                                           |

| <b>RECARGOS Y DESCUENTOS POR SINIESTRALIDAD</b> | Se establece un esquema de descuentos y recargos por siniestralidad, de acuerdo a la experiencia siniestral del Asegurado y/o Tomador, que podrán ser aplicables a partir de la primera renovación anual del contrato de seguro. Asimismo, el Instituto podrá realizar recargos a la prima comercial de un contrato de seguro, cuando el mismo presente frecuencia y severidad recurrente. |           |         |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
|                                                 | % Siniestralidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Descuento | Recargo |
|                                                 | De 0% a 15%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 15%       | -----   |
|                                                 | Más de 15% a 30%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10%       | -----   |
|                                                 | Más de 30% a 45%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5%        | -----   |
|                                                 | Más de 45% a 50%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -----     | -----   |
|                                                 | Más de 50% a 75%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -----     | 10%     |
|                                                 | Más de 75% a 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -----     | 15%     |
|                                                 | Más de 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -----     | 20%     |

|                                  |                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de seguro debidamente cumplimentada.</li> <li>Factura de compra de los bienes por asegurar.</li> <li>Fotografía de los bienes por asegurar.</li> </ul> |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO</b> | <p>En caso de que se presente siniestro amparable bajo el Seguro Equipo Electrónico Riesgo Nombrado, el Asegurado deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dar aviso de siniestro por escrito.</li> <li>Presentar Denuncia ante la Autoridad Competente, en caso de Robo.</li> <li>Presentar Informe técnico sobre los daños, realizado por un profesional (según equipo).</li> <li>Presentar Factura Proforma de equipo similar afectado (para robo)</li> <li>Fotocopia de aviso al Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), con sello de recibido por parte de esa entidad, en caso de que el bien robado corresponda a teléfono celular.</li> <li>En caso de un evento comunicarse al teléfono 800- TELEINS (800-835-3467), fax 2221-2294 o a la dirección: <a href="mailto:contactenos@ins-cr.com">contactenos@ins-cr.com</a></li> </ul> |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| NOTAS IMPORTANTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>1. En caso de un evento comunicarse al teléfono 800- TELEINS ( 800-835-3467), fax 2221-2294 o a la dirección: <a href="mailto:contactenos@ins-cr.com">contactenos@ins-cr.com</a></p> <p>2. 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.</p> |  |

| OBSERVACIONES |
|---------------|
|               |

| ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL INSTITUTO      |
|------------------------------------------|
| <p>ESPACIO EXCLUSIVO PARA SUSCRIPTOR</p> |

**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 (30) treinta días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo. Si el Asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud 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 en el pie de 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.ins-cr.com](http://www.ins-cr.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 Tomador                                                                                                                                                                                                                                             | Firma del Intermediario o Representante Sede del INS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Declaro que toda la información que ha sido dictada o escrita por mí en este formulario, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la Póliza. Con lo anterior, autorizo al Instituto a incorporarme en esta póliza. | En mi calidad de Intermediario de seguros, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fe de que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado 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. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Datos del Intermediario</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Firma: _____                                                                                                                                                                                                                                                           | Nombre completo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Cédula: _____                                                                                                                                                                                                                                                          | Nº de cédula: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nº de intermediario: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| En caso de persona jurídica, indicar además:                                                                                                                                                                                                                           | En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Nombre: _____                                                                                                                                                                                                                                                          | Firma: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Cargo: _____                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha: _____ Hora: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Datos del Representante Sede del INS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Lugar y fecha: _____                                                                                                                                                                                                                                                   | Nombre completo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | Firma: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Riesgo aceptado por:     | Revisado por: |
|--------------------------|---------------|
| Firma: _____             | Nombre: _____ |
| Nombre: _____            | Firma: _____  |
| Fecha: _____ Hora: _____ | Sello: _____  |
| Intermediario: _____     |               |

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 número G07-45-A01-086 V3 (Colones) y G07-45-A01-087 (Dólares) de fecha 07 de febrero del 2019.

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:  
Dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com) / Consultas: [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com) / Contraloría: 2287-6161 ó 800INSContraloría / [cservicios@ins-cr.com](mailto:cservicios@ins-cr.com).