

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

INFORMACIÓN GENERAL DE LOS SOLICITANTES

No se debe utilizar como respuesta las palabras "N/A" o "No aplica"

1. ¿Gozan de buena salud? Si su respuesta es NO, indique quién (es) y el tipo de anomalía, enfermedad, o traumatismo.

2. ¿Han sido rechazados, pospuestos o no renovados algunos seguros de enfermedad, accidentes, vida o de hospitalización? Si la respuesta es SI, indique quién (es) y el tipo de seguro respectivo.

3. ¿Han recibido o están recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? Si su respuesta es SI, indique quién (es) y por qué conceptos.

4. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? Si su respuesta es SI, indique quién (es), así como su clase, cantidad y frecuencia respectivamente.

5. ¿Usan algún tipo de droga, medicamento? Sí Indique: _____. No Detalle: _____.
 Frecuencia: _____, Cantidad _____, Motivo _____.
6. a) ¿Fuma? SI NO ¿Quién? ¿Durante cuanto tiempo? _____. Cantidad diaria que fuma _____.
 b) ¿Dejaron de fumar? SI NO ¿Quién? ¿Hace cuanto tiempo? _____. Cantidad diaria que fumaban _____.
7. ¿Han tenido síntomas o han padecido de deficiencia inmunológica? Si su respuesta es SI, indique quién (es). _____

8. ¿Han recibido tratamiento al respecto? Si su respuesta es SI, indique quién (es). _____

9. ¿Les han recomendado realizarse algún examen sanguíneo para determinar deficiencia inmunológica? Si su respuesta es SI, indique quién (es) y el motivo; dar fecha, resultados, lugar dónde se practicó (aron) el (los) examen (es) y su causa.

10. ¿Se encuentra el solicitante o su cónyuge en estado de embarazo? SI NO
 En caso afirmativo, indique el número de semanas de gestación _____
11. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido algún tipo de consulta médica? SI NO
 Detalle el motivo _____. Padecimiento o Diagnostico _____.
 Lugar de la consulta _____. Nombre del médico tratante _____.
12. ¿En los últimos 12 meses se han realizado algún tipo de examen para diagnóstico: ultrasonido, tomografía, radiografía, cateterismo, cardiacos, entre otros, por el que esté esperando resultado o le han indicado hacérselo? SI NO
 ¿Quién? _____ Favor detallar lo preguntado? _____

13. ¿En los últimos 12 meses su salud ha tenido alguno de los siguientes cambios: variaciones en el peso, decaimiento, palidez, algún tipo de dolor, aparición de pelotas o tumoraciones, manchas anormales en la piel, sangrados anormales por la vagina o algún tipo de sangrado por el recto, la boca o la nariz? SI NO
 ¿Quién? _____ Favor detallar lo preguntado? _____

14. ¿Han tenido alguna intervención quirúrgica? SI NO ¿Quién? _____ Declare causa, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos _____
15. ¿Han padecido cáncer anteriormente? SI NO ¿Quién? Si su respuesta es afirmativa indique: cuándo, dónde fue atendido y si aún cuenta con algún tratamiento: _____
16. ¿Han tenido exámenes alterados en el pasado? SI NO ¿Quién? Si su respuesta es afirmativa indique: cuáles, cuándo y dónde se realizaron: _____
17. ¿Indique si tienen médico de cabecera (nombre, dirección y teléfono) y además los centros médicos donde hayan sido atendidos? _____

Indique si el (los) solicitante (s) ha (n) sufrido o sufre (n) de alguna de las siguientes enfermedades o condiciones. Marque con una x en cada casilla

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alcoholismo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos del sistema circulatorio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolores de cabeza persistentes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Miomas, fibromas del útero |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Migraña | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Afecciones del corazón | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las glándulas mamarias |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Vértigo o mareos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fibroquistes, quistes de las glándulas mamarias |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Convulsiones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fibroquistes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Parálisis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolores de pecho (angina) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infertilidad y/o esterilidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Derrames cerebrales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Arritmias Cardíacas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Varices o úlceras varicosas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lumbago |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Depresión o nervios | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del estómago | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Minusvalía o Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ansiedad | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hemorroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Deformidades |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Estrés | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del esófago o intestinos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades mentales de cualquier tipo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cálculos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Xifosis o lordosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Epilepsia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Colitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolor persistente o crónico |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ojos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gastritis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ciática |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Catarata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cólicos del hígado | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problema de retina | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Piedras u otra enfermedad de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Artritis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas de la visión (indique el grado de pérdida) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Úlcera gástrica o duodenal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gota |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad de los oídos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inflamación de los músculos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sordera | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sangrado digestivo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la tiroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de riñones o vejiga | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Bocio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las vías urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones en los huesos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes, tumores de la tiroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernias de cualquier tipo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos de la voz | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Albúmina | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hidrocele |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ronquera crónica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Piedras de las vías urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes, lunares o tumores de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tos crónica o persistente | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inflamación de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Asma | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la próstata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pleuresía o pulmonía | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cáncer o cualquier tipo de tumor |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Bronquitis crónica o enfisema | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del recto o ano | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la sangre, anemia, púrpura |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cólico hepático o renal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los pulmones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del útero | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Azúcar en la orina |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Padecimientos de la garganta, amígdalas y/o adenoides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ovarios o trompas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Padecimiento del sistema endocrino |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos de la nariz | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones órganos genitales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sobrepeso, obesidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desviación del tabique nasal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Endometriosis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros padecimientos o enfermedades |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Crecimiento de los cornetes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desórdenes menstruales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Colesterol y triglicéridos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Apnea del sueño | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sinusitis | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ahogos o falta de aire | | |

En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación

NOMBRE	Nombre Médico Clínica u Hospital	Nombre de la Enfermedad	Fecha de inicio	Duración de la Enfermedad	Resultado del tratamiento

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

En el caso 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 un 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.

Nota: La sumatoria del porcentaje entre todos los beneficiarios debe sumar 100%.

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:				
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección:		Otras señas:			
	Provincia:	Cantón:				

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

VIGENCIA SOLICITADA SEGURO	Desde: (Día / Mes / Año)
	Hasta: (Día / Mes / Año)

ELECCIÓN DE OPCIONES

Modalidad de Contratación <input type="checkbox"/> Póliza Colectiva <input type="checkbox"/> Póliza Individual	Indique si el aseguramiento es: <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero
---	---

Montos del Seguro (Marque la opción elegida)

COBERTURAS	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 1	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 2	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 3	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 4
Suma Asegurada	¢2,500,000	¢5,000,000	¢7,500,000	¢10,000,000
Cobertura A: Fuera de Hospital	¢250,000	¢500,000	¢750,000	¢1,000,000
Cobertura B: Dentro del Hospital	¢2,250,000	¢4,500,000	¢6,750,000	¢9,000,000
Maternidad	¢400,000	¢500,000	¢600,000	¢700,000
Muerte	¢1,000,000	¢2,000,000	¢3,000,000	¢4,000,000

Forma de Pago: <input type="checkbox"/> (12) Anual <input type="checkbox"/> (6) Semestral <input type="checkbox"/> (3) Trimestral <input type="checkbox"/> (01) Mensual Corriente (colectivas) <input type="checkbox"/> (01) Deducción Mensual <input type="checkbox"/> (99) Otros	Otros Seguros: ¿Usted contaba o cuenta con un seguro de gastos médicos con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre de la Compañía Aseguradora: _____ Nombre del seguro del cual proviene: _____ Número de póliza (s) suscrita (s): _____ En caso de que este seguro sea aceptado, ¿mantendría el seguro con la otra aseguradora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	--

Notificaciones:

Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____
Recuerde mantener actualizados sus datos.

OTROS TEMAS

DECLARACIÓN DE LOS SOLICITANTES	<p>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 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 el contrato de seguro, 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.</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 treinta (30) 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.

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 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 Asegurado	Firma del Intermediario
<p>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.</p> <p>Firma: _____</p> <p>Cédula: _____</p> <p>Lugar y fecha: _____</p>	<p>En mi calidad de Intermediario de seguros, de acuerdo con las facultades concedidas al efecto por el Instituto, doy fe de que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para 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.</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Nº de cédula: _____</p> <p>Nº de intermediario: _____</p> <p>En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p>

Riesgo aceptado por:	Revisado por:
<p>Firma: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> <p>Intermediario: _____</p>	<p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Sello: _____</p>

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

OBSERVACIONES Y EXCLUSIONES

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 número P16-35-A01-143 V5.1 del 16 de Enero del 2019.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Seguros Personales

Dependientes Solicitantes

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución Autónoma		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: _____			
Nº de Identificación:		Ocupación Económica:			
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> PostGrado Univ.	
Provincia:	Cantón:	Distrito:			
Dirección exacta:					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Teléfono Celular:		Dirección electrónica:		Nº de Fax	



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Seguros Personales

Dependientes Solicitantes

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución Autónoma		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: _____			
Nº de Identificación:		Ocupación Económica:			
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> PostGrado Univ.	
Provincia:	Cantón:	Distrito:			
Dirección exacta:					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Teléfono Celular:		Dirección electrónica:		Nº de Fax	



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Seguros Personales

Dependientes Solicitantes

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución Autónoma		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: _____			
Nº de Identificación:		Ocupación Económica:			
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> PostGrado Univ.	
Provincia:	Cantón:	Distrito:			
Dirección exacta:					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Teléfono Celular:		Dirección electrónica:		Nº de Fax	

La siguiente información corresponde a la Política Conozca a su Cliente, en virtud de lo estipulado en la Normativa para el Cumplimiento de la Ley N°8204.

Fecha de la última actualización de la Política Conozca a su Cliente ante el INS: _____

Datos adicionales del asegurado (Persona Física)
Nombre del patrono o naturaleza de la actividad independiente:
Ingreso promedio mensual:
Describe el origen de los fondos:
¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado (PEP ¹), en territorio nacional o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí Detalle el cargo: _____ <input type="checkbox"/> No
¿Desempeña alguna de las actividades indicadas en el artículo 15 de la Ley N°8204 ² ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información mientras exista una relación comercial. Declaro que mis ingresos y activos han sido adquiridos a través de actividades lícitas y legítimas, de igual manera, que nunca he estado involucrado en delitos que quebranten la legislación nacional e internacional relacionada con la Legitimación de Capitales, Financiamiento del Terrorismo o Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. Autorizo al INS para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo dentro de estos la fotografía del documento de identidad y otros, permitidos de conformidad con la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968; así como bases de datos de entidades públicas. Además, de compartir la información y documentación que éste entregue o hubiera entregado en la Institución, con las empresas del Grupo INS, para analizar la factibilidad de ofrecerle un mejor servicio y productos de su interés.

Firma del Asegurado

Notas:

¹ Los cargos que se encuentran establecidos en el artículo 22 del **Reglamento General Sobre Legitimación Contra el Narcotráfico, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Delincuencia Organizada.**

² Entre otros: canje de dinero y transferencias, emisión, venta, rescate o transferencia de cheques viajeros, remesas de dinero desde o hacia el exterior, administración de recursos por medio de fideicomisos o cualquier otro tipo, que no sean intermediarios financieros.

Observaciones:
