



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCIÓN DE SEGUROS GENERALES**

**SOLICITUD SEGURO DE
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN

PÓLIZA N° _____

DATOS DEL TOMADOR	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:		
	Nombre o razón social:						
	Tipo de Identificación:				Estado Civil:		
	<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma				<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 : _____		
	N° de Identificación		Ocupación o actividad económica:				
	Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:		Sexo:		
	Día / Mes / Año				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
	Provincia:		Cantón:		Distrito:		
	Dirección exacta:						
	Calle:		Avenida:		Otras señas:		
	Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:
	Ingreso mensual aproximado:		Sitio Web.:		Dirección Electrónica:		
Nombre del Patrono:			Teléfono del Patrono:		N° de Fax:		
Cuenta Cliente:		Banco Emisor:			Cantidad de Empleados (sólo para Empresas):		

DATOS DEL ASEGURADO	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:		
	Nombre o razón social:						
	Tipo de Identificación:				Estado Civil:		
	<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma				<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 : _____		
	N° de Identificación		Ocupación o actividad económica:				
	Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:		Sexo:		
	Día / Mes / Año				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
	Provincia:		Cantón:		Distrito:		
	Dirección exacta:						
	Calle:		Avenida:		Otras señas:		
	Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:
	Ingreso mensual aproximado:		Sitio Web.:		Dirección Electrónica:		
Nombre del Patrono:			Teléfono del Patrono:		N° de Fax:		
Cuenta Cliente:		Banco Emisor:			Cantidad de Empleados (sólo para Empresas):		

NOTA 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.

OTRAS ASEGURADORAS	INDIQUE SI TIENE PÓLIZAS SUSCRITAS CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero	

DATOS DE LA PÓLIZA	INTERMEDIARIO Intermediario / Sede I:N:S	PLAN DE PAGO <input type="checkbox"/> Anual Ver en página <input type="checkbox"/> Semestral 4 el recargo <input type="checkbox"/> Trimestral aplicable por <input type="checkbox"/> Mensual forma de pago	SEGURO EN: <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares (USD)	VIGENCIA Desde: / / Hasta: / / Día / Mes / Año Día / Mes / Año	
	Código de Intermediario / Sede INS:			Cargo Automático <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito Debe llenar <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito formulario de Cargo Automático	

COBERTURA BÁSICA	L: RESPONSABILIDAD CIVIL	Suma Asegurada
	Límite Agregado Anual* _____	_____

*Suma máxima en el año póliza por la cual el Instituto asume responsabilidad y otorga cobertura a los eventos que sucedan dentro de ese período.

DEDUCIBLES	Seleccione la opción de deducible requerida, para pólizas en colones (CRC): <input type="checkbox"/> 10% Por evento con mínimo de 200.000.00 colones <input type="checkbox"/> 10% Por evento con mínimo de 400.000.00 colones <input type="checkbox"/> 15% Por evento con mínimo de 200.000.00 colones <input type="checkbox"/> 15% Por evento con mínimo de 400.000.00 colones	Seleccione la opción de deducible requerida, para pólizas en dólares (USD): <input type="checkbox"/> 10% Por evento con mínimo de 400,00 dólares <input type="checkbox"/> 10% Por evento con mínimo de 800,00 dólares <input type="checkbox"/> 15% Por evento con mínimo de 400.00 dólares <input type="checkbox"/> 15% Por evento con mínimo de 800,00 dólares
-------------------	---	---

PROFESIÓN ASEGURADA	<input type="checkbox"/> Ingeniero(a) Civil o de Construcción	<input type="checkbox"/> Abogado(a) y/o Notario(a)	<input type="checkbox"/> Intermediario(a) en Seguros
	<input type="checkbox"/> Ingeniero(a) Químico/(a)	<input type="checkbox"/> Profesional en ciencias de la salud. Especifique: _____	
	<input type="checkbox"/> Arquitecto(a)	<input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____	

RECARGOS POR CANTIDAD DE PROFESIONALES (SOLAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS)	Indique la cantidad de profesionales (no ciencias de la salud) con que cuenta la organización.
	<input type="checkbox"/> Hasta 10 profesionales: no aplica recargo en la tarifa de la Cobertura L.
	<input type="checkbox"/> De 11 a 30 profesionales: aplica recargo del 20% en la tarifa de la Cobertura L.
	<input type="checkbox"/> De 31 a 50 profesionales: aplica recargo del 40% en la tarifa de la Cobertura L.
<input type="checkbox"/> Más de 50 profesionales: aplica recargo del 60% en la tarifa de la Cobertura L.	
Seleccione la cantidad de profesionales en ciencias de la salud con que cuenta la organización.	
<input type="checkbox"/> Hasta 10 profesionales: no aplica recargo en la tarifa de la Cobertura L.	
<input type="checkbox"/> De 11 a 20 profesionales: aplica recargo del 25% en la tarifa de la Cobertura L.	
<input type="checkbox"/> Más de 20 profesionales: aplica recargo del 50% en la tarifa de la Cobertura L.	
Para pólizas de estudiantes médicos, indique la cantidad de estudiantes y docentes:	
Estudiantes: _____	
Docentes: _____	
Tiempo de práctica: _____	

¿Cuál es el grado académico universitario bajo el que ejerce su profesión?: _____

¿ Está usted incorporado al colegio profesional de Costa Rica, respectivo?: Sí No No aplica

En caso afirmativo, indique: Fecha de incorporación _____ Código de carné _____

¿ Ejerce alguna especialidad de su profesión?:

Sí. Especifique (en caso de profesionales de la salud, debe adjuntar el certificado correspondiente): _____

No

¿ Ha tenido pérdidas o demandas por Responsabilidad Civil derivada del ejercicio de su profesión, en los últimos 5 (cinco) años?: Sí No

En caso afirmativo, describa detalladamente las causas, perjuicios originados y monto total indemnizado (utilice hojas adicionales si así lo requiere):

Indique el ingreso anual promedio del ejercicio de su profesión: _____

En caso de profesional en medicina, indique si realiza procedimientos quirúrgicos y especifique cuáles procedimientos ejecuta:

CLÍNICAS U HOSPITALES

Nombre de la Clínica u Hospital:


Detalle los servicios que brinda la Clínica u Hospital: _____

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

Recargos según la forma de pago escogida en la sección Datos Póliza:

	COLONES	DÓLARES
Anual	Sin recargo	Sin recargo
Semestral	Se multiplica la Prima anual x 1.08 y se divide entre 2	Se multiplica la Prima anual x 1.05 y se divide entre 2
Trimestral	Se multiplica la Prima anual x 1.11 y se divide entre 4	Se multiplica la Prima anual x 1.07 y se divide entre 4
Mensual	Se multiplica la Prima anual x 1.13 y se divide entre 12	Se multiplica la Prima anual x 1.09 y se divide entre 12

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de aseguramiento debidamente cumplimentado. • Formulario Conozca a su Cliente para Persona Física o Jurídica. • Personería Jurídica. • Fotocopia cédula Física Nacional, Residencia o pasaporte del Tomador y/o Asegurado o el Representante Legal y/o apoderado de la Empresa en Persona Jurídica. • Recibo de Servicio Público del Tomador y/o Asegurado o el Representante Legal y/o apoderado de la empresa en Persona Jurídica. • Hoja de vida profesional con fotocopias de los títulos y del carné del colegio profesional. • Cuando se trate de empresas jurídicas deberán presentar perfil de las empresas, listado de los profesionales incluidos y la relación de la empresa con el profesional.
REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO	<p>En caso de que se presente siniestro amparable bajo el Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, el asegurado deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar aviso de siniestro por escrito. • Presentar Denuncia ante la Autoridad Competente, cuando se requiera. • Presentar detalle de pérdidas, de personas lesionadas y/o propiedades afectadas.
NOTIFICACIÓN DEL EVENTO	<p>En caso de un evento comunicarse al teléfono 800 - TELEINS (800-835-3467), fax 2221-2294 o a la dirección: contactenos@ins-cr.com</p>
OBSERVACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO	
OBSERVACIONES DEL INTERMEDIARIO	
NOTIFICACIONES	<p>Señale el medio por el cual desea ser notificado.</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Apartado o Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>Recuerde mantener actualizados sus datos</p>
DECLARACIONES DEL SOLICITANTE	<p>Declaro que toda la información anterior que 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. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo a la entidad financiera a incorporarme en esta póliza.</p>
NOTA IMPORTANTE	<p>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 de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.</p> <p>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.</p>

Firma y cédula del Asegurado	Firma y cédula del Tomador	Firma del Intermediario	Firma del Gerente General
<p>En caso de persona jurídica indique además el nombre y cargo del firmante.</p> <p>_____</p> <p>Firma y número de cédula</p> <p>_____</p> <p>Lugar y Fecha de firma</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cargo: _____</p>	<p>En caso de persona jurídica indique además el nombre y cargo del firmante.</p> <p>_____</p> <p>Firma y número de cédula</p> <p>_____</p> <p>Lugar y Fecha de firma</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cargo: _____</p>	<p>En mi calidad de Intermediario de comercialización, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fe de que 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.</p> <p>_____</p> <p>Firma y número del Intermediario</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</p>  <p>Licda. Lucía Fernández Sáenz Gerente General Cédula Jurídica 400000-1902-22</p>

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL INSTITUTO

OBSERVACIONES	
----------------------	--

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SUScriptor:

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>

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 G08-07-A01-105 VLRCs (colones) y G08-07-A01-106 VLRCs (dólares) de fecha 13 de diciembre de 2011, así como los registros de no Adhesión GRG-LG-A01-259 VLRCs (colones) y GRG-LG-A01-260 VLRCs (dólares) de fecha 19 de enero 2012.