



**Asociación Solidarista de Empleados del Ministerio de Agricultura y Ganadería
(ASEMAG)**

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Fecha _____

Yo, _____ Cédula _____

prometo respetar y acatar los estatutos y reglamentos de ASEMAG, así como las disposiciones que emanen de su organismo director. A la vez autorizo a la oficina que corresponde para que a partir del mes de _____ se me deduzca el 5% de mi salario como cuota de ahorro y el 0.5% como contribución al fondo de asistencia social. Acepto que, en caso de permanecer afiliado menos de un año, se me deduzca de los ahorros los gastos en que se haya incurrido por mi permanencia en la Asociación.

Favor completar todos los espacios ya que son obligatorios.

Fecha de nacimiento: _____ País de Nacimiento: _____

Institución: _____ Departamento o dependencia: _____

Teléfono oficina _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Dirección: provincia _____ cantón _____ distrito _____ y
señalización del inmueble o dirección a la tica _____

Es usted o algún familiar una persona expuesta políticamente (PEP): Si____ No____, parentesco:

Cuenta IBAN para eventuales depósitos: _____
(22 dígitos alfa numéricos)

Beneficiarios

Nombre de la persona en calidad de beneficiarios: (deben ser mayores de edad)

Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma del solicitante

Junta Directiva

INDISPENSABLE PRESENTAR FOTOCOPIA DE CÉDULA POR AMBOS LADOS Y CONSTANCIA DE SALARIO

Para uso exclusivo de la ASEMAG

Primero ingreso ()

Reingreso ()

Estado de deudas con la Asociación _____

Firma funcionario que revisa _____



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SOLICITUD PARA INCLUSIÓN EN UN SEGURO DE VIDA COLECTIVA
Modalidad Contributiva

Seguros Personales

Producto: Flexible Contrato Tipo

Este documento solo 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.

LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD DE SEGURO:

LUGAR:			
FECHA:	DÍA:	MES:	AÑO:

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Tomador de Seguro: _____

Número de Póliza: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____			
N. de Identificación:	Profesión:	Ocupación:	
Fecha de nacimiento: Día	Mes	Año	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Dirección exacta:			
Teléfono Oficina:	Teléfono Celular:	Teléfono Domicilio:	Correo electrónico:
Monto Asegurado:			

DATOS DEL BENEFICIARIO

Al momento de ser incorporado en la Póliza, Usted deberá hacer una designación de beneficiario (s) el (los) cual (es) puede cambiar en cualquier momento siempre que la póliza esté en vigor.

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.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el 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.

Exprese claramente los nombres, parentesco o interés con el Asegurado

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %

Si se contrata la cobertura de Vida Conjunta, indique el nombre del cónyuge o conviviente del Solicitante y en el cuadro los respectivos beneficiarios

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Porcentaje: %

Firma del Cónyuge o conviviente aceptando su inclusión en la póliza y la designación de beneficios _____

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios: Dirección electrónica: www.grupoins.com / Consultas: contactenos@grupoins.com / Contraloría: cservicios@grupoins.com / Teléfono 2287-6161 / 800INSContraloría / cservicios@grupoins.com

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

VIGENCIA SOLICITADA SEGURO

Desde:

Hasta:

NOTIFICACIONES

Indique el medio por el cual desea ser notificado:

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 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 meses. El solicitante 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 del contrato de seguros y/o las Condiciones Generales del mismo, las cuales me fueron explicadas por el intermediario 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: a) Una vez suscrita la póliza se me entregará el Certificado de Seguro correspondiente con las principales condiciones que rigen este contrato de seguro. b) Que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones, y c) Que puedo además consultar las condiciones contractuales de este seguro a través de la dirección electrónica: www.ins-cr.com o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mi, 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 aseguradora a incorporarme en esta póliza.

Quien suscribe, entiende que este documento forma parte de la Política Conozca a su Cliente y manifiesta su consentimiento expreso para que la información consignada en la presente solicitud sea utilizada por el Instituto para el cumplimiento de la *Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo*.

Lugar y Fecha: _____

Firma y número de identificación del solicitante:

Lugar y Fecha: _____

Firma y número de identificación del representante del Tomador:

Nombre completo y el cargo: _____

En mi calidad de intermediario de seguros, doy fe que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para el riesgo descrito, desde mi perspectiva no existen agravaciones para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva aceptar o rechazar el aseguramiento.

Nombre, firma y número de intermediario (o representante de sede del INS): _____

Para uso exclusivo del Instituto:

Revisado por:

Autorizado por:

La documentación contractual y la nota técnica de los productos que integran este documento 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: Vida Tradicional Colectiva Flexible P14-26-A01-197, Vida Colectiva Contrato Tipo P14-26-A01-884.