



SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN EL SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVO SUSCRITO ENTRE EL INS Y COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA

El/la suscrito/a, agremiado/a al Colegio de Abogados y Abogadas, solicito ser incluido/a en el SEGURO DE VIDA TRADICIONAL contratado por el Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica como Tomador del Seguro Colectivo. Para ello declaro: 1. Mis datos personales, 2. La opción de monto asegurado elegida y sus beneficios, 3. Datos del beneficiario, 4. La forma de pago del seguro por medio del INS o el pago por medio de la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio, 5. La aceptación de las condiciones operativas sobre la administración de la póliza, por parte del Colegio de Abogados y Abogadas, el INS y los agentes y 6. La declaración final.

PÓLIZA No. _____

| 1. DATOS DEL SOLICITANTE | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------|--|---|------|--|--|-----------------|------------------|--|--|--|--|
| Primer Apellido: | | | | | Segundo Apellido: | | | | | Nombre Completo: | | | | |
| No. de cédula: | | | | | No. de carnet de colegiado | | | | | | | | | |
| Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: Día: | | | Mes: | | | Año: | | | Edad Alcanzada: | | | Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | |
| Nacionalidad: | | | | | Ocupación actual: | | | | | | | | | |
| Provincia: | | | | | Cantón: | | | | | Distrito: | | | | |
| Dirección exacta: | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono Celular: | | | | | Teléfono domicilio: | | | | | Apartado postal: | | | | |
| Institución o empresa donde labora y unidad departamental: | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfonos oficina: | | | | | Lugar geográfico donde se ubica su Sede de trabajo: | | | | | | | | | |
| Correo electrónico laboral: | | | | | Correo electrónico personal: | | | | | | | | | |
| ¿Usted cuenta con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la compañía _____ N° de póliza _____ | | | | | | | | | | | | | | |

NOTIFICACIONES

Indique el medio (correo electrónico o apartado postal) por el cual desea ser notificado _____

2. OPCIONES DE MONTO ASEGURADO Y COSTOS MENSUALES

Opción 1: Beneficio "Muerte Plus". Incluye muerte del asegurado; adelanto del 50% del monto del seguro en caso de enfermedad terminal y adelanto del 20% del monto del seguro para gastos funerarios.

1 A. FORMA DE PAGO: DEDUCCIÓN MENSUAL DEL SALARIO POR MEDIO DEL INS

| Marca X | Monto de seguro | Prima por deducción mensual del salario | Firma del solicitante | Marca X | Monto de seguro | Prima por deducción mensual del salario | Firma del solicitante |
|---------|-----------------|---|-----------------------|---------|-----------------|---|-----------------------|
| | ₡ 10.000.000,00 | ₡ 6.210,00 | | | ₡ 40.000.000,00 | ₡ 24.840,00 | |
| | ₡ 20.000.000,00 | ₡ 12.420,00 | | | ₡ 50.000.000,00 | ₡ 31.050,00 | |
| | ₡ 30.000.000,00 | ₡ 18.630,00 | | | ₡ 60.000.000,00 | ₡ 37.260,00 | |

1 B. FORMA DE PAGO: DIRECTO TRIMESTRAL EN LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS

| Marca X | Monto de seguro | Prima por pago trimestral directo | Firma del solicitante | Marca X | Monto de seguro | Prima por pago trimestral directo | Firma del solicitante |
|---------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------|---------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------|
| | ₡ 10.000.000,00 | ₡ 19.750,00 | | | ₡ 40.000.000,00 | ₡ 79.000,00 | |
| | ₡ 20.000.000,00 | ₡ 39.500,00 | | | ₡ 50.000.000,00 | ₡ 98.750,00 | |
| | ₡ 30.000.000,00 | ₡ 59.250,00 | | | ₡ 60.000.000,00 | ₡ 118.500,00 | |

Opción 2: Beneficio "Muerte Plus" + BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. (Muerte Plus incluye, muerte del asegurado; adelanto del 50% del monto del seguro en caso de enfermedad terminal y adelanto del 20% del monto del seguro para gastos funerarios de requerirse)

2 A. FORMA DE PAGO: DEDUCCIÓN MENSUAL DEL SALARIO POR MEDIO DEL INS

| Marca X | Monto de seguro | Prima por deducción mensual del salario | Firma del solicitante | Marca X | Monto de seguro | Prima por deducción mensual del salario | Firma del solicitante |
|---------|-----------------|---|-----------------------|---------|-----------------|---|-----------------------|
| | ₡ 10.000.000,00 | ₡ 12.290,00 | | | ₡ 40.000.000,00 | ₡ 49.160,00 | |
| | ₡ 20.000.000,00 | ₡ 24.580,00 | | | ₡ 50.000.000,00 | ₡ 61.450,00 | |
| | ₡ 30.000.000,00 | ₡ 36.870,00 | | | ₡ 60.000.000,00 | ₡ 73.740,00 | |

2 B. FORMA DE PAGO: DIRECTO TRIMESTRAL EN LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS

| Marca X | Monto de seguro | Prima por pago trimestral directo | Firma del solicitante | Marca X | Monto de seguro | Prima por pago trimestral directo | Firma del solicitante |
|---------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------|---------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------|
| | ₡ 10.000.000,00 | ₡ 39.070,00 | | | ₡ 40.000.000,00 | ₡ 156.280,00 | |
| | ₡ 20.000.000,00 | ₡ 78.140,00 | | | ₡ 50.000.000,00 | ₡ 195.350,00 | |
| | ₡ 30.000.000,00 | ₡ 117.210,00 | | | ₡ 60.000.000,00 | ₡ 234.420,00 | |

Nota: El beneficio de adelanto del 20% para gastos funerarios tiene un TOPE MÁXIMO DE ₡ 2.000.000, 00 de colones indistintamente del monto asegurado.

3. 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, Si requiere señalar más de dos beneficiarios, hágalo en una hoja adicional, siguiendo el mismo formato

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.

| BENEFICIARIOS | Expresar claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el Asegurado | | | | | | |
|----------------------|--|------------------------|--|--|------------------|------------|------------|
| | Nombre: | Identificación: | Parentesco: | Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje: % | Teléfono: | Ocupación: |
| | Fecha de Nacimiento: | Dirección exacta: | Fax: | | | | |
| | | Provincia: Cantón: | Dirección electrónica: | | | | |
| Nombre: | Identificación: | Parentesco: | Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje: % | Teléfono: | Ocupación: | |
| Fecha de Nacimiento: | Dirección exacta: | Fax: | | | | | |
| | Provincia: Cantón: | Dirección electrónica: | | | | | |

4. FORMA DE PAGO.

4.1. AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN MENSUAL DEL SUELDO

Autorizo al Patrono _____, código N° _____ para que a partir de la fecha aquí indicada, deduzca de mi sueldo la partida correspondiente a la prima de póliza de Seguro según se especifica; para que esta suma sea entregada al Instituto Nacional de Seguros en el entendido que esta deducción se seguirá efectuando con el patrono actual, hasta que:

- Cese mi trabajo con el patrono actual.
- Termine el período de pago de primas, de acuerdo con las condiciones de la póliza.
- Solicite expresamente al Instituto Nacional de Seguros, que no realice más deducciones, en cuyo caso la comunicación debo entregarla a más tardar el día 10 del mes correspondiente; caso contrario, el abono de este mes deberá ser cubierto en su totalidad.
- Se termine este sistema de deducciones mensuales.
- Deje de percibir en forma transitoria el salario, total o parcialmente

Acepto las condiciones expuestas en la presente "Autorización para deducción mensual del sueldo". Conforme a las anteriores condiciones firmo en _____ a los _____ días del mes _____ del año _____. La deducción se hará a partir de: _____ según el monto indicado en el punto No. 2 "PRIMA MENSUAL" de esta solicitud.

4.2. PAGO DE LA PÓLIZA POR MEDIO DE OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL Y ASEGURAMIENTO DEL COLEGIO

Manifiesto mi obligación de pagar trimestralmente y por adelantado en la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio, el importe o costo del seguro que he solicitado. Dicho pago se hará por el medio convenido mutuamente con la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento, sea transferencia a cuenta, efectivo, cargo a tarjeta u otros. Tengo claro que el atraso de un sólo pago del seguro conllevará la cancelación de la póliza, sin responsabilidad para el Colegio de Abogados y Abogadas, el INS o los intermediarios de seguros.

Medio convenido de pago: _____

5. CONDICIONES E INFORMACIÓN BÁSICA GENERAL SOBRE LA PÓLIZA

5.1. Declaro que se me ha entregado el documento informativo de la póliza y otros materiales informativos sobre la póliza, en los cuales se explican de forma clara y precisa los aspectos más relevantes del seguro voluntario en cuestión; pago del seguro mensual del seguro y mi responsabilidad al respecto para mantener vigente la póliza; funcionamiento, limitaciones de cobertura y exclusiones del seguro; procedimiento de presentación de reclamos y otros alcances de la póliza; además para consultas, se detallan los nombres y localización de los agentes de seguros del INS a cargo de la póliza.

5.2. También declaro que se me ha informado de forma inequívoca por parte del Colegio de Abogados y Abogadas y los Agentes de Seguros del INS, que el seguro empezará a regir UNA VEZ SATISFECHO CUALQUIER REQUISITO DE ASEGURABILIDAD SOLICITADO POR EL INS, APROBADA LA PRESENTE SOLICITUD Y HECHO EL PRIMER PAGO EFECTIVO AL INS, por el medio de pago definido.

5.3 Todo cambio de Beneficiarios y cualquier otro dato relativo a esta solicitud, sólo se podrá realizar de forma personal por el interesado en la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento o mediante envío por firma digital u otros medios que el Colegio de Abogados y Abogadas determine válidos y sean aceptados por el INS.

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 que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. 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 de no mayor a dos (2) meses.

6. DECLARACIÓN FINAL.

Por la presente declaro que toda la información anterior 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 y efectuar la deducción mensual del salario o sueldo; y de la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento para incluirme en la misma y/o efectuar el cobro directo. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Colegio de Abogados y Abogadas como Tomador del Seguro a incorporarme en esta póliza.

Manifiesto haber entendido claramente todos los puntos anteriores, en particular el 4 y 5 detallados anteriormente en esta solicitud; haber recibido, leído y entendido el brochure informativo y otros materiales similares distribuidos por la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio, sobre la póliza; además, expreso mi voluntad inequívoca para que las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza, así como futuros cambios contractuales u operativos de Colegio de Abogados y Abogadas o el INS, me sean comunicados y enviadas al medio notificado. En todo caso también me queda claro que podré ver y consultar dichas condiciones generales y particulares en detalle y en todo momento en la página web del INS: www.ins-cr.com o de en la página web del Colegio de Abogados y Abogadas: www.abogados.or.cr sección Departamentos y Servicios – Régimen de Seguridad Social - Póliza de Vida Voluntaria. Igualmente, que ante cualquier consulta podré acudir a los Agentes de Seguros a cargo del seguro, al correo, teléfonos y sitio web indicados al pie de esta solicitud.

Firma colegiado/a: _____ Firma de recibido de solicitud en Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento: _____

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 P14-26-A01-074-V5.0 de fecha 21 de mayo del 2015.

Observaciones para uso de Agentes de Seguros, Colegio o el INS: _____

Nombre y firma del Agente de Seguros _____

Fecha de recibido _____

Agentes de Seguros del INS: Dr. Hugo Quesada M., Ing. Ana Erika Osés C., Licda. Eriant Quesada O. y Arq. Ana Quesada O. Lic. SUGESE 08-1519, 08-1487, 13-2578 y 15-2928; Tel. 2280-7775, 2234-6202, www.abogados.or.cr - Departamento y Servicios - Régimen de Seguridad Social - Póliza de Vida, insabogados@abogados.or.cr