

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Nombre del Tomador de Seguro: Colegio de Profesionales en Bibliotecología de Costa Rica  
 Número de Póliza: 0117VTM0000085-00

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de Identificación: <input type="radio"/> Persona física <input type="radio"/> Cédula de Residencia <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Permiso Trabajo					
N° Identificación:			Ocupación o actividad económica:		
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Edad:	Nacionalidad:		Sexo <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Celular:	
Dirección Electrónica:					
Nombre del Patrono:				Teléfono del Patrono:	
Monto Asegurado		Lugar de residencia:		Fecha de ingreso al grupo:	
¿Usted contaba o cuenta con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO					
Nombre de la compañía				N° de póliza	

**NOTIFICACIONES**

Indique el medio por el cual desea ser notificado: \_\_\_\_\_

**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.

**Expresar claramente los nombres, parentesco o interés con el Asegurado**

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
---------	-----------------	-------------	-------	-------------	-----------	------------

Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:	Fax:
----------------------	-------------------	------

Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:
------------	---------	------------------------

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
---------	-----------------	-------------	-------	-------------	-----------	------------

Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:	Fax:
----------------------	-------------------	------

Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:
------------	---------	------------------------

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

Primer apellido	Segundo apellido:	Nombre:
-----------------	-------------------	---------

Tipo de Identificación	Número de Identificación:	Fecha de nacimiento
------------------------	---------------------------	---------------------

**Expresar claramente los nombres, parentesco o interés con el cónyuge o conviviente.**

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
---------	-----------------	-------------	-------	-------------	-----------	------------

Fecha de nacimiento:	Dirección exacta:	Fax:
----------------------	-------------------	------

Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:
------------	---------	------------------------

Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
---------	-----------------	-------------	-------	-------------	-----------	------------

Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:	Fax:
----------------------	-------------------	------

Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:
------------	---------	------------------------

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

BENEFICIARIOS

NO APLICA

NO APLICA

NO APLICA

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el seguro dentro de un plazo que no excederá 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 deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.

**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.**

**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 P14-26-A01-074 V5.0 (colones) y P14-26-A01-075 V5.0 (dólares) ambos de fecha 21 de mayo del 2015.**

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. Así mismo, declaro que estoy enterado (a) de que puedo contratar este seguro por mi cuenta, directamente en cualquier entidad aseguradora o a través de cualquier corredor de seguros del país. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador del Seguro a incorporarme en esta póliza.

He recibido el certificado de seguro, el cual me fue entregado, leído en forma clara y ampliamente indicado y manifiesto haberlo entendido.

NOMBRE DEL INTERMEDIARIO: Victor Ramirez Lopez #110957

FIRMA Y N° IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo del Instituto:

Revisado por:

Autorizado por: