



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCIÓN DE SEGUROS GENERALES

SOLICITUD PARA UN SEGURO DE FIDELIDAD
 COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN
PÓLIZA N° _____

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Nombre o razón social					
Tipo de Identificación		Cédula de residencia		Pasaporte	
<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Jurídico		<input type="checkbox"/> Gobierno		<input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Institución autónoma	
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 C/ente		Banco Emisor:	
Cantidad de Empleados (sólo para Empresas):					

DATOS DE PÓLIZA	CONDUCTO DE COBRO		VIGENCIA		PLAN DE PAGO	SEGURO EN	
	<input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático <input type="checkbox"/> Sede INS <input type="checkbox"/> Tarjeta <input type="checkbox"/> Agencia Bancaria <input type="checkbox"/> Cuenta <input type="checkbox"/> Sociedad Bancaria		DESDE: / / HASTA: / / Día Mes Año Día Mes Año Código conducto de cobro: _____		<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares USD	
	MONTO ASEGURADO					_____	

REFERENCIAS	Nombre		Dirección exacta		Ocupación actual	
	_____		_____		_____	
	_____		_____		_____	
	_____		_____		_____	

ASPECTOS LABORALES	Tipo de negocio del Beneficiario:		Antigüedad al servicio del empleador actual:	
	Empleo inmediato anterior:			
	Causas que originaron el cambio de empleo: _____			

ÚLTIMOS TRES EMPLEOS	DESDE		HASTA		NOMBRE DEL PATRONO	DIRECCIÓN	PUESTO DESEMPEÑADO
	Mes	Año	Mes	Año			

OTROS DATOS	¿Desea cobertura fuera del territorio nacional? Nota: La aceptación queda supeditada a la aprobación por parte del Instituto Nacional de Seguros.	
	Sueldo mensual actual:	Comisiones actuales:
	¿Tiene otros ingresos?. En caso positivo indique detalles (fuente, estimado mensual, registrado ante Hacienda, etc.): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	¿Está autorizado para firmar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe mercancía en consignación y usted firma los recibidos?. En caso positivo indique detalles: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene usted bienes muebles (vehículos de cualquier tipo) y/o inmuebles?. En caso afirmativo, detalle motivo de adquisición, estado y valor actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	