



N° de Colegiado (a) _____ Fecha incorporación: _____

Lugar: _____ Fecha de solicitud: _____ Hora: _____

Este documento sólo 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.

PÓLIZA N° _____ COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN

DATOS DEL TOMADOR

1) Si el Tomador y el Asegurado son la misma persona, omite llenar los datos del Tomador

Nombre o razón social: _____ N° de Identificación: _____

Tipo de Identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Jurídico Gobierno Institución Autónoma Otro: _____

Dirección exacta del domicilio: _____

País: _____ Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Teléfono (s): _____ Correo electrónico: _____

Relación con el asegurado: Familiar Comercial Laboral Otro: _____

DATOS DEL ASEGURADO (Persona Física)

1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____ Nombre: _____

N. de Identificación: _____ Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: _____

País y lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección exacta del domicilio actual: _____

País: _____ Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Tel. domicilio: _____ Tel. celular: _____ Tel. oficina: _____

Correo electrónico: _____

Indique el medio por el cual desea ser notificado: Correo Teléfono Recuerde mantener actualizados sus datos.

DATOS PROFESIONALES

Indique el grado académico universitario bajo el que ejerce su profesión: _____

Cargo (s) o función (es) profesional (es) que desempeña: _____

¿Ejerce usted alguna especialidad profesional, en el campo del derecho? Sí No Especifique: _____

¿Ejerce usted de manera simultánea otra carrera profesional? Sí No Especifique: _____

¿Ha tenido pérdidas o demandas por Responsabilidad Civil Profesional derivadas del ejercicio de su profesión como abogado (a) en los últimos 5 años? Sí No. Si su respuesta es afirmativa, especifique cuál o cuáles, describa detalladamente las causas, perjuicios originados y montos totales indemnizados (utilice hojas adicionales en caso de ser necesario, firme cada una y las adjunta a esta solicitud)

Ingreso anual promedio del ejercicio de su profesión: _____

Antigüedad en el ejercicio de la función: _____ Cantidad de actos notariales que realiza anuales: _____

Nombre del patrono o naturaleza de la actividad independiente: _____ Notario Institucional Notario con oficina abierta al público

Patrono: _____ Notario asalariado Otros: _____

Desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado (PEP) en el territorio nacional o extranjero. Sí No Detalle el cargo _____

Desempeña alguna de las actividades indicadas en el artículo 15 y 15 bis de la Ley N°8204. Sí No

VIGENCIA: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____ *La fecha de renovación anual es uniforme para todo el grupo.

COBERTURA, DEDUCIBLE, SUMA ASEGURADA, PRIMAS DEL SEGURO

COBERTURA L: RESPONSABILIDAD CIVIL

Marque con una equis (x) el monto de seguro de su preferencia de acuerdo con la opción que elija

Monto básico obligatorio de Ley vigente				Opciones de sumas aseguradas mayor al monto obligatorio			
Marque (x)	Suma asegurada*	Opción Deducible	Prima anual I.V.A	Marque (x)	Suma asegurada*	Opción Deducible	Prima anual I.V.A
<input type="checkbox"/>	₡27.000.000	15% del Monto a Indemnizar / Mínimo de ₡400.000	₡81.575,00	<input type="checkbox"/>	₡50.000.000	15% del Monto a Indemnizar / Mínimo de ₡400.000	₡149 222,15
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	₡75.000.000		₡202 535,55
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	₡100.000.000		₡244 339,90

Notas:
* 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.
* La prima definitiva se calculará en la fecha de emisión, para cada caso individual.
* Las primas anteriores para cada opción, aplican exclusivamente a los contratos del Colegio de Abogados/as de Costa Rica.

Moneda: Colones ¿Tiene pólizas con otra Compañía Aseguradora? Sí No

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____ Número de Póliza suscrita: _____

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

- Solicitud de aseguramiento debidamente cumplimentado.
- Habilitación en la Dirección Nacional de Notariado e incorporación al Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica.

NOTAS IMPORTANTES

1. En caso de un evento, comunicarse al teléfono 800-TELEINS (800-835-3467), Fax 2221-2294 o a la dirección: contactenos@grupoins.com
2. 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.
3. Se aclara que la presente solicitud está dirigida a cubrir exclusivamente el ejercicio del Notariado en territorio y jurisdicción en Costa Rica.

OBSERVACIONES**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 (30) 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 (2) meses. El Asegurado 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 y las Condiciones Generales de este seguro, las cuales me fueron explicadas por el intermediario de seguros o Representante del INS, 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 tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de las Condiciones Generales de este seguro, sus modificaciones y adiciones y que además puedo consultarlas a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS. Declaro que la información anterior es verídica, completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito.

Adicionalmente toda la información referente a este seguro se encuentra disponible en la página Web del Colegio de Abogados www.abogados.or.cr/ Sección servicios/Régimen seguridad social/RC Notarios.

FIRMA Y CÉDULA DEL ASEGURADO / TOMADOR

Declaro que la información provista en este formulario es fiel y verdadera, por tanto, acepto que cualquier omisión o falsedad en los datos suministrados causaría la cancelación de los contratos de seguros; asimismo, mientras exista una relación comercial, me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información.

Autorizo al INS para acceder a bases de datos de empresas comercializadoras y entidades públicas u otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo la fotografía del documento de identidad y otros, permitidos de conformidad con la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968.

Autorizo al INS, al Colegio y a los Agentes de Seguros a cargo, para que de forma permanente brinden la información del estado de póliza a la Dirección Nacional de Notariado (DNN) cuando sea requerida, en razón de simplificar los procesos de control y cumplimiento de mis obligaciones de Ley para con esta dependencia pública.

Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio 800-800-8000, 800-Teleins (800-8353467) para servicio de comunicación u otros medios que se utilicen para el reporte del evento, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesaria su utilización, tanto para gestiones de aseguramiento como para solicitudes de indemnización.

Firma del asegurado: _____ Cédula: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

DATOS DEL INTERMEDIARIO O REPRESENTANTE DEL INS

En mi calidad de intermediario de Seguros, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fe de que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para 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.

Nombre, firma y número del Intermediario o Representante del INS Fecha: _____ Hora: _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO

Riesgo aceptado por:	Revisado por:
Firma: _____	Nombre: _____
Nombre: _____	Firma: _____
Fecha: _____ Hora: _____	Sello: _____
Intermediario: _____	

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 N° 8653, bajo los registros número G08-07-A01-105 (colones), G08-07-A01-106 (dólares), de fecha 19 de octubre del 2021.