

Fecha: \_\_\_\_\_

Producto: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Tomador del Seguro: \_\_\_\_\_ Cédula Jurídica 3-007-045427

#### DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación:  Cédula  DIMEX  DIDI  Pasaporte  Otro

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Número carné del Colegio Abogados/as: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año
/	/	/

 Sexo:  Femenino  Masculino

Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Dirección exacta: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

#### DECLARACIONES DEL SOLICITANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que la información brindada y detallada en este documento es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad dando como resultado la terminación del contrato de seguros. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador a incorporarme en esta póliza. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios de la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

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, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización y asistencias.

Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del Asegurado a una base, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas. El INS podrá trasladar los datos a sus colaboradores, partes vinculadas, proveedores, intermediarios y socios comerciales, y a las empresas que conforman el Grupo INS, con el fin de ejecutar el contrato u ofrecer productos o servicios adicionales, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos. El INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas. Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el Asegurado tiene derecho a la rectificación, restricción o supresión de sus datos de la base conformada por el INS, sin que ello afecte los datos registrados en los contratos.

Declaro que se me ha informado de forma clara, mediante dos documentos informativos electrónicos de la Oficina de Seguridad Social del Colegio a cargo de los agentes de seguros del INS ( Seguro de Vida Doc. RR-01 A ; Seguro Gastos Médicos Doc.RR-01-B) que he recibido junto con otros documentos para el proceso de INCORPORACION AL COLEGIO; que toda la información contractual oficial, técnica, formularios y demás sobre las pólizas que constituyen el **REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL BASICO DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADOS DE COSTA RICA**, indicadas ; están disponibles y actualizadas en la web del Colegio [www.abogados.or.cr](http://www.abogados.or.cr) /Sección Servicios/Régimen de Seguridad Social , así como en la web de los intermediarios [www.queosseguros.com](http://www.queosseguros.com) ; además , que las CONDICIONES GENERALES de estos contratos están disponibles en la web del INS [www.grupoins.com](http://www.grupoins.com). Por tanto, acepto y doy por recibida la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de estos seguros, además manifiesto que las he entendido, las acepto libremente y entiendo que, al suscribir el presente documento, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones. Se me informa además, y quedo notificado, que ante cualquier duda puedo dirigirme, antes o después de la incorporación al Colegio, a la Oficina de Seguridad Social del Colegio, en la Sede Central del Colegio en Zapote, tel 2280-7775, 2234-6202, correo [insabogados@abogados.or.cr](mailto:insabogados@abogados.or.cr) , horario de L-V de 8 am a 5 pm.

#### NOTA ACLARATORIA DEL INS, COLEGIO DE ABOGADOS/AS E INTERMEDIARIOS A CARGO

Los contratos colectivos señalados supra : Vida VU-PLUS-001 y Gastos Médicos GFG-050 , constituyen el REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL BASICO DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADOS DE COSTA RICA, creado en noviembre de 1994; al cual tienen derecho los agremiados/as acorde con la Ley Orgánica del Colegio vigente, siendo que, la inclusión de todos los nuevos agremiados se dan de forma oficial al incorporarse al Colegio. Además, se aclara que el presente documento es un requisito del INS, hacia el Colegio, a partir de enero 2025, en Cumplimiento de la actualización del Reglamento Sobre Seguros Colectivos de la SUGESE (Superintendencia General de Seguros), publicado en el diario Oficial LA GACETA el 10 enero del 2024. En consecuencia y en cumplimiento de la norma, el presente documento, de común acuerdo entre el Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica y el INS, constituye un requisito de incorporación a este Colegio, al igual que el documento de designación de beneficiarios, que se llena por aparte.

#### FIRMA DEL ASEGURADO

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_