INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL (PARA NOTARIOS)

N° de Colegiado (a): Fecha incorporación:

Lugar: Fecha de solicitud: Hora:

Este documento solo 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 aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

LUGAR, FECHA Y HORA DE EMISIÓN DEL SEGURO O DE LA SOLICITUD DE ENDOSO:

LUGAR: HORA:

FECHA: DÍA: MES: AÑO:

PÓLIZA N°: ☐ COTIZACIÓN ☑ EMISIÓN ☐ VARIACIÓN

DATOS DEL TOMADOR

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

Nombre: Colegio de Abogados/as Nº de Identificación: 3007045427

Tipo de identificación: Persona física: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro:

Persona jurídica: ☑ Nacional ☐ Institución autónoma ☐ Gobierno ☐ Extranjera

País: Costa Rica Provincia: San José Cantón: San José Distrito: Zapote

Dirección exacta del domicilio: De Rotonda de las Garantías Sociales, 100 metros al oeste y 100 metros al norte, San José Zapote.

Teléfono (s): 2202-3600 Correo electrónico: direccionejecutiva@colabogados.cr

Relación con el Asegurado: ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☑ Otro: Colegio Profesional

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: Nº de Identificación:

Tipo de identificación: Persona física: ☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro:

País: Provincia: Cantón: Distrito:

Dirección exacta del domicilio:

Teléfono celular: Teléfono oficina: Teléfono domicilio:

Correo electrónico:

Indique el medio por el cual desea ser notificado (Recuerde mantener actualizados sus datos):

☐ Correo electrónico ☐ Otro:

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

PROFESIÓN ASEGURADA

☐ Notario (a)

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

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:

Nombre del patrono o naturaleza de la actividad independiente:

Patrono:

☐ Notario Institucional ☐ Notario con oficina abierta al público ☐ Notario asalariado ☐ Otros:

PLAZO DE VIGENCIA

VIGENCIA: Desde: _____/_____/_____ Hasta: _____/_____/_____

ELECCIÓN DE OPCIONES

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			
Marque (x)	**Suma asegurada***	**Opción Deducible**	**Prima anual I.V.A**
☐	¢30.000.000		¢81.574
☐			
☐			

Opciones de sumas aseguradas mayor al monto obligatorio			
Marque (x)	**Suma asegurada***	**Opción Deducible**	**Prima anual I.V.A**
☐	¢50.000.000		¢149.222
☐	¢75.000.000		¢202.536
☐	¢100.000.000		¢244.340

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.

Moneda: ☑ Colones

Plan de pago: ☑ Anual

**Vía de pago: ☐ Cargo automático ☐ Deducción Mensual Código:

**Para optar por cualquiera de estas opciones debe completar el formulario respectivo.

OTROS TEMAS

¿Tiene pólizas con otra Compañía Aseguradora? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la Compañía Aseguradora: Número de Póliza suscrita:

Formas de aseguramiento: ☐ Aseguramiento por cuenta propia ☐ Aseguramiento por cuenta de un tercero

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.
- Cualquier requisito adicional que el Instituto considere necesario para el análisis del riesgo.

REQUISITOS PARA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

- Comunicar el siniestro en un plazo máximo de 7 días hábiles siguientes a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.
- Presentar la denuncia ante la autoridad competente cuando se requiera.
- Presentar un detalle que contenga un recuento de las pérdidas, personas lesionadas y/o propiedad afectada.
- Cualquier requisito adicional que el Instituto considere necesario para el análisis del riesgo.

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 jurisprudencia en Costa Rica.

OBSERVACIONES

Autorizo al INS, al Colegio y a los Agentes de Seguros a cargo, para que de forma permanente brinden la información del estado de 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.

Un 15 % de deducible sobre el monto indemnizable a pagar, con un mínimo por evento de ¢ 400.000,00. Puede revisar todos los documentos contractuales en www.abogados.or.cr /Seccion Servicios/ Seguridad Social o en www.queosseguros.com. Mayor información comunicarse al 2280 7775 o escribanos al rcnotariosins@queosseguros.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El INS incluirá la información del Tomador/Asegurado en una base de datos, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas; podrá trasladar los datos a su personal, socios comerciales y a las empresas del Grupo INS, con el objetivo de ejecutar el contrato y ofrecer productos o servicios adicionales, sujeto a las políticas y normativa sobre la protección de datos.

Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el Tomador y/o Asegurado tienen 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.

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.

Firma del Tomador

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.

MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:
Central telefónica: 2287-6000 • Apdo. Postal10067-1000 • Consultas: Contactenos@grupoins.com
Defensoría del Cliente Corporativa: defensoría@grupoins.com • Línea Gratuita 800-DEFENSORÍA (800-33 33 67 42)

FIRMA Y CÉDULA DEL ASEGURADO / TOMADOR

Declaro que la información 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, de conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Asimismo, el INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas, y me comprometo a comunicar los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

Asegurado o Tomador:

Firma

Número de identificación

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.

Fecha:

Hora:

Nombre, firma y número del Intermediario o Representante del INS

RIESGO ACEPTADO POR:	REVISADO POR:

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 de fecha 10 de octubre del 2024.