



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGUROS GENERALES**

**SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
SOLICITUD DE INCLUSIÓN AL SEGURO
Afiliados al Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica**

N° de Colegiado (a) _____ Fecha incorporación _____

Fecha _____ Vigencia: Desde _____ Hasta _____ Hora _____ N° Póliza _____

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre o razón social: Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica Cédula jurídica: 3-0070-45427

| | | | |
|--|---|--|---|
| DATOS DEL ASEGURADO | Nombre: | Primer apellido: | Segundo apellido: |
| | Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro | N° de identificación: | Estado civil: |
| | Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Nacionalidad: |
| | Provincia: | Cantón: | Distrito: |
| | Dirección exacta: | | Apartado postal: |
| | Correo electrónico: | Teléfonos: _____ / _____ | Fax: |
| | Indique el medio por el cual desea ser notificado: | | Recuerde mantener actualizados sus datos |
| | Trabaja en: <input type="checkbox"/> Sector público <input type="checkbox"/> Sector privado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente | Lugar de trabajo: | |
| | Ingreso mensual aproximado: | Cuenta Cliente: _____ | |
| | Banco emisor: | | |
| ¿Tiene usted un seguro similar con otra aseguradora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Número de pólizas suscritas: | |
| Nombre de la compañía aseguradora: | | | |

SUMA ASEGURADA, PRIMAS DEL SEGURO Y FORMAS DE PAGO

A continuación se presentan dos opciones de aseguramiento. Marque con una equis (x) el monto de seguro de su preferencia de acuerdo con la opción que elija y firme en el espacio correspondiente.

OPCIÓN 1: PAGO POR DEDUCCIÓN MENSUAL POR MEDIO DEL INSTITUTO (aplica para profesionales del SECTOR PÚBLICO o PRIVADO, en cuyos centros de trabajo opere convenio de deducción mensual con el Instituto Nacional de Seguros)

| | Monto de Seguro | Prima mensual | Firma del solicitante |
|--------------------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ¢5.000.000,00 | ¢1.596,00 | |
| <input type="checkbox"/> | ¢10.000.000,00 | ¢3.190,00 | |
| <input type="checkbox"/> | ¢25.000.000,00 | ¢7.586,00 | |

| | Monto de Seguro | Prima mensual | Firma del solicitante |
|---|-----------------|---------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ¢50.000.000,00 | ¢14.432,00 | |
| <input type="checkbox"/> | ¢100.000.000,00 | ¢23.629,00 | |
| Las primas incluyen el impuesto de ventas | | | |

OPCIÓN 2: PAGO ANUAL DIRECTO AL INSTITUTO O AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS (aplica para profesionales que no deseen o no puedan optar por la Opción 1)

| | Monto de Seguro | Prima Anual | Firma del solicitante |
|--------------------------|-----------------|-------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ¢5.000.000,00 | ¢19.152,00 | |
| <input type="checkbox"/> | ¢10.000.000,00 | ¢38.280,00 | |
| <input type="checkbox"/> | ¢25.000.000,00 | ¢91.032,00 | |

| | Monto de Seguro | Prima Anual | Firma del solicitante |
|---|-----------------|-------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ¢50.000.000,00 | ¢173.184,00 | |
| <input type="checkbox"/> | ¢100.000.000,00 | ¢283.548,00 | |
| Las primas incluyen el impuesto de ventas | | | |

| | |
|---|--|
| 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique: _____ |
| | ¿Ejerce usted de manera simultánea otra carrera profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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) | |

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN MENSUAL DEL SUELDO (exclusiva para los asegurados que eligieron esta forma de pago)

Autorizo al Patrono _____ Código de Patrono _____ para que a partir de la fecha aquí indicada, deduzca de mi sueldo la partida correspondiente a la prima de póliza de seguro y que esta suma sea entregada al Instituto Nacional de Seguros en el entendido que la deducción se seguirá efectuando con el patrono actual, hasta que :

1. Cese mi trabajo con el patrono actual.
2. Termine el periodo de pago de primas, de acuerdo con las condiciones de la póliza.
3. Solicite expresamente al Instituto Nacional de Seguros, que no realice más deducciones, en cuyo caso la comunicación debo entregarla a más tardar el día 10 del mes correspondiente; caso contrario, el abono de este mes deberá ser cubierto en su totalidad.
4. Se termine este sistema de deducciones mensuales.
5. Deje de percibir en forma transitoria el salario, total o parcialmente.

Acepto las condiciones expuestas en la presente "Autorización para deducción mensual del sueldo".

Conforme a las anteriores condiciones firmo en _____ a los _____ días del mes _____ del año _____. La deducción se hará a partir del mes de _____ y la prima corresponderá a la que se seleccionó en la sección Datos de la Póliza.

Nombre: _____ N° de identificación: _____ Firma: _____

PAGO DIRECTO AL INS O POR MEDIO DE SU INTERMEDIARIO DE SEGUROS (para los que seleccionaron la opción 2)

Manifiesto mi obligación de pagar ANUALMENTE por adelantado el importe o costo del seguro que he solicitado. Dicho pago se hará por los medios convenidos habituales de cobro del INS. De los indicados a continuación señalo con equis (X) el de mi preferencia:

- 1) Pago en efectivo, cheque o tarjeta en las cajas del Instituto, así como depósito o transferencia bancaria, una vez comunicado al intermediario
- 2) Pago en efectivo, cheque o tarjeta al Intermediario de Seguros

Se aclara que el atraso de un sólo pago del seguro conllevará la cancelación de la póliza, sin responsabilidad para el INS o el Intermediario de Seguros a cargo, no obstante, como parte del servicio ofrecido por el intermediario, se realizarán los AVISOS PERIÓDICOS DE RECORDATORIO DE PAGO DE LA PÓLIZA por los medios usuales, siendo siempre responsabilidad exclusiva del asegurado el pago oportuno de la renovación periódica en los plazos contractualmente convenidos.

Nombre _____ N° de identificación: _____ Firma: _____

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN Y TRÁMITE DE RECLAMO

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN:

- 1) La presente solicitud debidamente cumplimentada, sin borrones ni tachaduras, con tinta negra o azul
- 2) Fotocopia de la cédula de identidad vigente

Nota: Debe estar al día en la colegiatura (esto lo ratifica el Colegio con el sello de aprobación).



REQUISITOS BÁSICOS EN CASO DE EVENTO AMPARABLE AL SEGURO :

- 1) Dar aviso del siniestro por escrito al INS o al Intermediario en los plazos que rigen el contrato de seguros
- 2) Presentar denuncia ante la autoridad competente, cuando se requiera
- 3) Presentar detalle o estimación de pérdidas, de personas lesionadas y o propiedades afectadas
- 4) El INS determinará, cualquier requisito adicional, según caso particular

NOTAS IMPORTANTES

- 1) SE ACLARA QUE LA PRESENTE SOLICITUD ESTÁ DIRIGIDA A CUBRIR EXCLUSIVAMENTE EL EJERCICIO PROFESIONAL DE ABOGADOS (AS).
- 2) ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SEA ACEPTADA POR EL INSTITUTO, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD. EL INSTITUTO SE RESERVA EL DERECHO DE ACEPTAR, POSTERGAR O RECHAZAR EL RIESGO PLANTEADO, PARA LO CUAL SE LE INFORMARÁ EN UN PLAZO MÁXIMO DE 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 LE DARÁ RESPUESTA EN UN PLAZO NO MAYOR A LOS DOS (2) MESES.
- 3) EN CASO DE UN EVENTO AMPARABLE AL SEGURO, COMUNICARSE AL TELÉFONO 800-TELEINS (800-835-3467), FAX: 2221-2294 , A LA DIRECCIÓN: contactenos@ins-cr.com, CON SU INTERMEDIARIO DE SEGUROS O CON LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL COLEGIO (PARA LOS QUE TRAMITARON EL SEGURO CON LOS INTERMEDIARIOS A CARGO DE ESTA OFICINA, CORREO insabogados@abogados.or.cr, TELÉFONO 2280-7775,2234-6202).

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL ASEGURADO

- 1) Declaro que si no indico expresamente en esta solicitud un medio diferente para recibir las condiciones generales y particulares de este seguro que adquiero e información vinculante, las conoceré en la página web del INS: www.ins-cr.com o del Colegio www.abogados.or.cr, Sección Dptos. y Servicios, Subsección Seguridad Social; Así mismo, me sujeto a las condiciones operativo-administrativas determinadas por el Colegio, el INS y la Oficina de Seguridad Social que rigen este seguro; sobre todo el hecho de que a falta de pago la póliza, por cualquier circunstancia, esta se cancelará.
- 2) Declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es verdadera, completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza. Manifiesto haber entendido claramente todos los puntos anteriores; haber recibido leído y entendido el brochure informativo y otros materiales similares, distribuidos por el INS, el Colegio o el Intermediario de Seguros a cargo de la póliza. Además, expreso mi voluntad inequívoca para que las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza, así como futuros cambios contractuales u operativos me sean comunicados y enviadas al correo electrónico señalado para notificaciones.
- 3) Declaro que se me ha informado de forma inequívoca por parte del agente de seguros del INS a cargo de la póliza, que el seguro empezará a regir una vez satisfecho cualquier requisito de asegurabilidad solicitado por el INS, aprobada la presente solicitud y hecho el primer pago efectivo por el medio anteriormente definido.

Firma del Asegurado: _____ Cédula: _____

Firma del Intermediario

Firma del Gerente General

Firma y número del Intermediario

Fecha : _____ Hora: _____

En mi calidad de intermediario de comercialización, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fe de que he revisado 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.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



Sireldo Blanco Rojas
Gerente General
Cédula Jurídica 400000-1902-22

OBSERVACIONES

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO

Riesgo aceptado por:

Revisado por:

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Intermediario: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Sello: _____

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 13 de diciembre del 2011.