



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEDE CENTRAL DEL INS**



**SOLICITUD DE AUMENTO VOLUNTARIO DE PÓLIZA DE VIDA Y APOORTE DE AHORRO EN
CONTRATO SEGURO COLECTIVO VIDA UNIVERSAL PLUS VU-PLUS -001, DEL
COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA**

DOC. F-013- Actualizado 01/02/2020

No. de solicitud _____

Nombre: _____

No. de cédula: _____ No. de Colegiado: _____ Fecha incorporación _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad Alcanzada: _____

Sexo: M F Estado Civil: _____ Ocupación actual: _____

Dirección domicilio: _____

Teléfono domicilio: _____

Lugar de trabajo (empresa, institución) _____

Teléfonos oficina: _____ Otro teléfono: _____

Celular: _____ E-mail: _____

(Si únicamente va a hacer aporte de ahorro, completar el reglón respectivo)

Monto actual del seguro de vida básico del Colegio: ₡ _____

Monto de seguro de vida voluntario que desea contratar ₡ _____

Total, monto del seguro de vida (básico + voluntario): ₡ _____

Forma de pago seleccionada: () anual, () semestral, () trimestral, () mensual, Otras _____

Costo del SEGURO VOLUNTARIO según la forma de pago seleccionada: ₡ _____

APORTE DE AHORRO al Fondo de Retiro Voluntario, según forma de pago) ₡ _____

Total a pagar, SEGURO VOLUNTARIO + APOORTE DE AHORRO, según forma de pago: ₡ _____

Designo como beneficiarios de este aumento voluntario del seguro de vida y ahorro a:

Nombre	Parentesco y No de identificación	% de Beneficio
1.		
2.		
3.		
4.		

Manifiesto que, si no indico beneficiarios en el cuadro anterior, aplicarán y regirán incondicionalmente los designados por mi persona para el seguro básico, de la misma póliza No. VU-Plus 001 del Régimen de Seguridad Social Básico del Colegio que consta en los Archivos del Colegio. Acepto en su totalidad las condiciones que rigen la presente póliza Vida Universal No. VUC-Plus 001 del Colegio de Abogados y Abogadas suscrita con el INS. Declaro además que se me ha entregado el documento físico informativo de esta póliza No. RR-1-A y explicado ampliamente el funcionamiento de esta póliza, sus limitaciones de cobertura, exclusiones, el procedimiento de presentación de reclamos, retiros de dinero y otros alcances de la póliza. También se me informa 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. Se me aclara y recuerda que, en el contrato de seguros, se estipula que el fondo acumulado (suma de aportes básicos y voluntarios) se paga o acredita automáticamente cada mes el costo de seguro básico y voluntario, por lo tanto, el seguro estará vigente en el tanto exista fondo acumulado para cubrir dicho costo. Acepto, que si no indico expresamente en esta solicitud un medio diferente para recibir las condiciones generales, particulares y otros, de este seguro que adquiero, las conoceré en la página web del INS: www.ins-cr.com o en la del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica www.abogados.or.cr, sección Servicios/Seguridad Social.

Firma del/la solicitante: _____ Fecha y hora de solicitud: _____

Observaciones para uso de la Oficina de Seguridad Social: _____

Sello y firma de Agente de Seguros _____ Fecha de recibido _____

Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica a cargo de los Agentes del INS

Dr. Hugo Quesada M., Ing. Ana Erika Osés C., Licda. Eriant Quesada O., Licda. Ana Eryn Quesada O.

Licencias SUGESE No. 08-1519, 08-1487, 13-2578 y 15-2928

Tel.: 2234-6202, Tel: 2280-7775, insabogados@abogados.or.cr, www.quesoseguros.com