



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica

SOLICITUD DE AUMENTO VOLUNTARIO DE PÓLIZA DE VIDA Y APOORTE DE AHORRO

CONTRATO SEGURO COLECTIVO VIDA UNIVERSAL PLUS No. VU-001, DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA CON EL INS (ESTE TRÁMITE ES EXCLUSIVAMENTE PRESENCIAL)

DOC. F-013- Actualizado 28/12/2025

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: _____

Celular: _____ E-mail: _____

(Si únicamente va a hacer aporte de ahorro, completar el reglón "f" y "g")

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

b. Monto de seguro de vida voluntario que desea contratar ₡ _____

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

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

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

f. APOORTE DE AHORRO al Fondo de Retiro Voluntario, según forma de pago ₡ _____

g. 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.		

Manifiesto y declaro lo siguiente: (a) Que, si no indico beneficiarios en el cuadro anterior, o estos no me sobreviven, aplicarán y registrarán 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 de Abogados, que constan en el Archivo de Beneficiarios del Colegio. (b) Acepto en su totalidad las condiciones generales y particulares que rigen la presente póliza Vida Universal No. VU- 001 del Colegio suscrita con el INS. (c) Declaro además que se me ha entregado y/o enviado por correo el documento físico informativo de esta póliza, Doc. No. RR-1-A y explicado ampliamente el funcionamiento, limitaciones de cobertura, exclusiones, procedimiento de presentación de reclamos y retiros de dinero y otros alcances de la póliza. (d) 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. (e) Que, en el contrato de seguros, se estipula que del 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. (f) Acepto, que si no indico expresamente en esta solicitud un medio diferente para recibir las condiciones generales, particulares y otros en la emisión o renovaciones futuras, de este seguro que adquiero, las conoceré y me actualizaré periódicamente en la página web del INS: www.grupoins.com o en la del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica [www.abogados.or.cr/Servicios/Régimen Seguridad Social](http://www.abogados.or.cr/Servicios/RégimenSeguridadSocial).

hqm/03-2024//

Firma del/la solicitante: _____ **Fecha/hora:** _____

Observaciones para uso de la Oficina de Seguridad Social: _____

Sello y firma de Agente de Seguros _____ **Fecha de recibida** _____

Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica Tel.: 2234-6202, Telefax: 2280-7775, insabogados@abogados.or.cr

Dr. Hugo Quesada -M. no. 764, Ing. Ana Oses C no. 001, Licda. Eriant Quesada O. no. 224, Licda. Ana Quesada O. no. 332, Bach. José Pablo Masis S. no.668, Bach. José Daniel Arias Ch. no. 670