

Póliza N°

Este documento solo constituye una solicitud de rehabilitación y no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS), ni de que, en caso de aceptarse, dicha aceptación concuerde con los términos solicitados en ella.

1. Fecha y hora: Día: Mes: Año: Hora: 2. Lugar:

3. Tipo de identificación: ☐ Cédula Jurídica ☐ Cédula Física ☐ DIMEX / DIDI ☐ Pasaporte

4. Número de identificación:

5. Nombre o Razón Social:

Nota: Si los datos proporcionados en la solicitud inicial difieren de la información que actualmente posee su representada, le invitamos a actualizarla en la sucursal de su preferencia o a través de su asesor de seguros.

Monto estimado de la planilla mensual:

¿Adjunta la Planilla de Rehabilitación con el detalle de trabajadores?

☐ SI.

☐ NO. El Tomador se compromete a reportar a los trabajadores por medio del sistema RT-Virtual, antes de la fecha de inicio del trabajo o las labores.

INFORMACIÓN PARA LA ACTIVIDAD DE CONSTRUCCIÓN (OPCIONAL)

Documento de respaldo de la solicitud de rehabilitación

Permiso Municipal No.:

Contrato del CFIA No.:

Copia del contrato entre las partes

¿Adjunta Declaración de Interés Social?

☐ Si ☐ No

Valor total de la obra:

COMPLETE ESTOS DATOS ÚNICAMENTE SI LA PÓLIZA A SUSCRIBIR ES RT-COSECHAS

Producción estimada:

Unidad de medida a utilizar: Cantidad de unidades a recolectar: Precio a pagar por unidad:

Declaro que la información aquí contenida es verídica, es completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el INS para rehabilitar el seguro que solicitó. Convengo que cualquier omisión o información falsa o inexacta puede causar el rechazo de cualquier reclamación y la nulidad del contrato. Asimismo, entiendo que la falsedad u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra el Instituto.

Firma del Tomador del Seguro o Representante

Nombre completo, identificación y puesto del Representante
(solo para personas jurídicas)

USO EXCLUSIVO PARA EL ASESOR DE SEGUROS O REPRESENTANTE DEL INS

Monto Asegurado:

Código actividad: Tarifa:

Prima Anual Estimada:

Nombre completo y código del Asesor:

En mi calidad de Asesor de Seguros, doy fe de que he revisado el riesgo descrito y que desde mi perspectiva no existen agravaciones para que el INS analice esta solicitud de rehabilitación y resuelva aceptar el aseguramiento.

Firma y número de identificación del Asesor de Seguros o Representante del INS

La documentación contractual y técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) de conformidad con lo dispuesto en la CLÁUSULA 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, según registro del 20 de agosto del 2025.

	TI (1)	NACIONALIDAD	N° IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	F. NACIMIENTO	SEXO	TJ (2)	SALARIO MENSUAL	DÍAS	HORAS	OCUPACIÓN
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
TOTAL DE TRABAJADORES							TOTAL DE SALARIOS:						

Codificación:

(1) Tipos de Identificación (TI): CN = Cedula Nacional, DU = DIMEX, NP = Número de Pasaporte, NT = Permiso de Trabajo

(2) Tipos de Jornada (TJ): TC = Tiempo Completo, TM = Tiempo Medio, OD = Ocasional contratado por días, OH = Ocasional contratado por horas

(3) Sexo: M=Masculino, F=Femenino

Declaro que la información aquí contenida es verídica, es completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir o rehabilitar el seguro que solicito. Convengo que cualquier omisión o información falsa o inexacta puede causar el rechazo de cualquier reclamación y la nulidad del contrato. Asimismo, entiendo que la falsedad u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra el Instituto.

Firma del Tomador del Seguro o Representante

Nombre completo, identificación y puesto del Representante
(solo para personas jurídicas)