



Modalidad:  Contenedores  Combustibles  Mercancías

**Sección I: Datos del Asegurado o sus representantes facultados**

El día de hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_, yo \_\_\_\_\_,  
*día mes año (Nombre y dos apellidos)*

\_\_\_\_\_, facultado(a) por la empresa \_\_\_\_\_,  
*Nº de identificación teléfono (Nombre de la Razón Social que figura como Asegurada)*

cédula jurídica \_\_\_\_\_; **concedor de las penas con las que la ley costarricense castiga el delito de perjurio y falso testimonio,**

en mí condición de:

- Representante según personería  Representante legal  Apoderado \_\_\_\_\_  
*(especial, general, generalísimo)*
- Encargado del Departamento de Transportes  Conductor  Otros \_\_\_\_\_

interpongo aviso de siniestro ante el Instituto Nacional de Seguros, para tales efectos declaro y suministro los datos solicitados en cada una de las secciones de este formulario (*Adjuntar al formulario el documento que respalda la condición elegida*).

**Sección II: Datos del Medio de Transporte Terrestre**

1. N° Placa: \_\_\_\_\_

**2. Datos del Contenedor**

Esta sección se debe cumplimentar únicamente en solicitudes de indemnización del Seguro de Transporte Interior **modalidad Contenedores:**

<b>DATOS DEL CONTENEDOR</b>	N° de Contenedor	Fecha de fabricación:
	Tipo: <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Refrigerado	N° de Pies:

**Sección III: Mercancías y Embarque**

Esta sección se cumplimenta en todas las modalidades **EXCEPTO** en solicitudes de indemnización del Seguro de Transporte Interior modalidad Contenedores:

<b>Tipo de mercancía dañada y descripción del daño:</b>	
_____ _____ _____	
<b>Ubicación actual de la Mercancía Dañada y/o rescatada</b>	
<b>Nombre y dos Apellidos de la persona con quien se puede coordinar visita de inspección de la mercancía:</b>	<b>N° de identificación:</b>
<b>correo electrónico:</b>	<b>N° de teléfono:</b>
Dirección exacta que permita ubicar con facilidad el lugar, en caso de que se requiere coordinar inspección de la mercancía, citando país, provincia, cantón, distrito, número y nombre de calles y avenidas, nombre del almacén fiscal/depósito/predio portuario, aeropuerto/ predio del transportista, bodegas u otros:	

**Nota:** Estimado Asegurado, de conformidad con lo establecido en el Artículo "PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO" de las condiciones contractuales, le recordamos su obligación de no desatender la mercancía asegurada, así como emplear los medios a su alcance para disminuir las consecuencias del siniestro.

**Sección IV: Datos del Siniestro**

Fecha en que el Asegurado se entera del evento: \_\_\_\_ del \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
*día mes año*

Fecha en que ocurrió el evento \_\_\_\_ del \_\_\_\_ de \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
*día mes año*

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Dirección exacta: \_\_\_\_\_  
*(número o nombre de calles y/o avenidas, características propias de establecimientos que nos permitan ubicar el lugar del evento)*

**Sección V: Datos del Conductor**

Nombre del conductor: \_\_\_\_\_ N° de identificación: \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos)

N° de teléfono: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección exacta de casa de habitación: \_\_\_\_\_

( País, Provincia, Cantón, Distrito, otros puntos de referencia que permitan la correcta ubicación)

¿El conductor es empleado de la empresa Asegurada citada en la Sección I de este documento?  SI  NO

Si su respuesta es NO, brindar la información solicitada en el siguiente cuadro:

Nombre completo de la empresa transportista o transportista unitario:	
N° de identificación:	N° telefónico:
Nombre y Apellidos del Contacto (transportista):	
Correo electrónico:	

**Sección VI: Descripción de lo sucedido**

1. Declaro ampliamente y detalladamente la forma, circunstancias, naturaleza y causas del evento (citar si en el lugar del evento fue víctima de saqueo):

---



---



---



---

**Sección VII: Datos para notificación**

Con el fin de que el Instituto Nacional de Seguros comunique el estado del trámite; así como el detalle de rubros a indemnizar en caso de tratarse de un siniestro amparado, en mi condición de Asegurado pongo a disposición el

\_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_ cuya atención se encuentra a  
correo electrónico N° teléfono

cargo del señor(a) \_\_\_\_\_,  
(Nombre y dos apellidos) N° identificación

**Nota:** En Cumplimiento a lo establecido por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Artículo 6 "Derechos de Información y Confidencialidad", es indispensable como requisito disponer del correo electrónico del Asegurado (sin excepción alguna). Queda a decisión del Asegurado, adicionalmente cumplimentar lo siguiente:

Autorizo al Instituto Nacional de Seguros, para que remita **copia** de las notificaciones emitidas respecto a este evento, al señor(a)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(Nombre y dos apellidos) N° identificación N° telefónico

correo electrónico \_\_\_\_\_.

**Sección VIII: Documentos.**

Para efecto de análisis preliminar de la solicitud de indemnización, el asegurado adjunta, o bien, se compromete a aportar los siguientes documentos:

1. Factura comercial original. (En modalidad Mercancías, considerar lo establecido en los Artículos "CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO" y "BASE DE VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA" de las Condiciones Generales del Seguro)
2. Lista de Empaque (este aplica solamente si la factura no detalla cantidad de bultos y pesos)
3. En modalidad contenedores el TIR (EIR). En todas las demás modalidades (Guía de Transporte - Bill of lading (BL))
4. Carta de reclamo al transportista.
5. Fotocopia de la licencia de conducir.
6. Fotocopia de la tarjeta de circulación y Revisión Técnica del (camión-cabezal-remolque-otros).
7. En caso de contar con fotografías captadas el día en que se suscitó el evento, que documenten el lugar, mercancía rescatada, mercancía dañada etc, adjuntarlas a este formulario.

Adicional a los requisitos preliminares antes citados, el Instituto Nacional de Seguros se reserva el derecho de solicitar otros documentos o información que respalden la forma y circunstancias del evento, verificación de pérdidas, posibles rubros a indemnizar, entre otros que sean necesarios para el caso en análisis. Para tales efectos le estarán contactando por medio del correo electrónico suministrado en la Sección VII de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante facultado por la empresa Asegurada

\_\_\_\_\_  
Firma del Conductor