

REGISTRO	Este documento constituye únicamente una solicitud de seguro y no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS), ni de que, en caso de aprobarse, dicha aceptación concuerde con los términos solicitados en ella.						
	1. Fecha y hora:	Día:	Mes:	Año:	Hora:	2. Lugar:	
	3. Tipo de trámite solicitado: <input type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Rehabilitación						
DATOS DE LA PERSONA TOMADORA DEL SEGURO	4. Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula Jurídica <input type="checkbox"/> Cédula Física <input type="checkbox"/> DIMEX / DIDI <input type="checkbox"/> Pasaporte						
	5. Número de identificación:				6. Nacionalidad:		
	7. Nombre o Razón Social:						
	8. Fecha de nacimiento o constitución de la sociedad):			9. Género:			
	Día:			Mes:	Año:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
	10. Profesión u Ocupación:						
	11. Domicilio físico (por señas):						
	12. Provincia:		13. Cantón:		14. Distrito:		
	15. Apartado postal:			16. Fax o Facsímil:			
	17. Teléfonos:	Celular:		Domicilio:		Oficina:	
	18. Correo electrónico:						
	19. Señale el medio por el cual desea recibir notificaciones del Seguro Obligatorio de Riesgos de Trabajo: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax o Facsímil <input type="checkbox"/> Apartado postal <input type="checkbox"/> Domicilio físico						
	MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO	20. Seleccione la póliza que desea suscribir (marque solo una opción):					
PÓLIZAS DE PERIODO CORTO (Estas pólizas tienen una vigencia menor a un año)							
<input type="checkbox"/> RT-Construcción:		Asegura únicamente a los trabajadores(as) que efectúan labores de construcción en la propiedad de la Persona Tomadora del seguro. La Persona Tomadora del seguro debe ser una persona física y en su condición de patrono(a) no se dedica en forma permanente a la actividad de construcción.					
<input type="checkbox"/> RT-Cosechas:		Asegura tanto a los trabajadores(as) como al patrono(a) en la actividad de recolección de cosechas. La Persona Tomadora del seguro puede ser una persona física o jurídica.					
<input type="checkbox"/> RT-General:		Asegura tanto a los trabajadores como al patrono. El Tomador del seguro puede ser una física o jurídica.					
<input type="checkbox"/> RT-Especial Formación Técnica Dual:		Son pólizas adquiridas por empresas o centros de formación para la empleabilidad, que forman parte del convenio de educación o formación en la modalidad dual, sin que medie una relación laboral; para asegurar a los estudiantes que participan en estos programas de educación.					
PÓLIZAS PERMANENTES (Estas pólizas tienen una vigencia igual o mayor a un año)							
<input type="checkbox"/> RT-Adolescente:		Asegura al Tomador del seguro que trabaja de forma independiente. El Tomador del seguro debe ser una persona física entre 15 años y menor de 18 años de edad.					
<input type="checkbox"/> RT-Agrícola:		Asegura tanto a los trabajadores como al patrono (máximo 10 personas), en actividades de mantenimiento y recolección en la finca del Tomador del seguro. El Tomador del seguro puede ser una persona física o jurídica.					
<input type="checkbox"/> RT-Especial Formación Técnica Dual:		Son pólizas adquiridas por empresas o centros de formación para la empleabilidad, que forman parte del convenio de educación o formación en la modalidad dual, sin que medie una relación laboral; para asegurar a los estudiantes que participan en estos programas de educación.					
<input type="checkbox"/> RT-General:	Asegura tanto a los trabajadores como al patrono. El Tomador del seguro puede ser una persona física o jurídica.						
<input type="checkbox"/> RT-Hogar:	Asegura a los trabajadores permanentes y ocasionales que contrate para realizar actividades domésticas, de servicios o de mantenimiento en las casas de habitación declaradas. El Tomador del seguro puede ser una persona física o jurídica.						
<input type="checkbox"/> RT-Ocasional:	Asegura a los trabajadores que contrate ocasionalmente para realizar actividades de mantenimiento o de servicios en la casa de habitación, lote o terreno declarados por el Tomador del seguro. El Tomador del seguro puede ser una persona física o jurídica.						
<input type="checkbox"/> RT-Sector Público:	Asegura a los trabajadores del Estado, municipalidades e instituciones públicas. El Tomador del seguro es una persona jurídica.						
Instituto Nacional de Seguros / Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José / Apdo. Postal 10061-1000 Central telefónica 2287-6000 / Fax: 2243-7062 / Consultas: contactenos@grupoins.com / Defensoría del Cliente: defensoriadelcliente@grupoins.com Consulte nuestra página Web: www.grupoins.com							

DATOS GENERALES DEL SEGURO	21. Describa el trabajo o actividad económica:		
	22. Dirección exacta donde se ejecutará el trabajo:		
	23. Provincia:	24. Cantón:	25. Distrito:
	26. Fecha de ejecución del trabajo:		
	Inicia: <u> </u> <u> </u> <u> </u> Día Mes Año		
	Finaliza: <u> </u> <u> </u> <u> </u> Día Mes Año		
27. Tipo de calendario de planillas (marque solo una opción):		29. Monto estimado de la planilla mensual:	
<input type="checkbox"/> Mensual: En este tipo de calendario, las fechas de corte de cada planilla coinciden con el último día natural de cada mes.			
<input type="checkbox"/> Especial: En este tipo de calendario, las fechas de corte de cada planilla no coinciden con el último día natural de cada mes.			
<input type="checkbox"/> No presenta (Opción exclusiva para los siguientes seguros: RT-Adolescente, RT-Agrícola, RT-Agrícola, RT-Cosechas, RT-Hogar, RT-Ocasional, RT-Construcción).			
28. Forma de pago de la prima (solo aplica para pólizas permanentes)*.		30. ¿Adjunta la Planilla de Emisión con el detalle de trabajadores(as)?	
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual		<input type="checkbox"/> SI. <input type="checkbox"/> 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.	
* Según la forma de pago elegida, el INS aplicará un recargo porcentual por concepto de pago fraccionado, sobre la tarifa anual del seguro, según se detalla: semestral 8%, trimestral 11% y mensual 13%.			

CONSTRUCCIÓN	COMPLETE ESTOS DATOS SI LA PÓLIZA A SUSCRIBIR ES PARA LA ACTIVIDAD DE CONSTRUCCIÓN	
	31. Documento de respaldo de la solicitud de seguro:	32. ¿Adjunta Declaración de Interés Social?
	<input type="checkbox"/> Permiso Municipal No.: _____ <input type="checkbox"/> Contrato del CFIA No.: _____ <input type="checkbox"/> Copia del contrato entre las Partes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si 33. Valor total de la obra:

RT-COSECHAS	COMPLETE ESTOS DATOS ÚNICAMENTE SI LA PÓLIZA A SUSCRIBIR ES RT-COSECHAS		
	34. Fruto o producto a recolectar:		
	35. Unidad de medida a utilizar:	36. Cantidad de unidades a recolectar:	37. Precio a pagar por unidad:

RT-HOGAR	COMPLETE ESTOS DATOS SI LA PÓLIZA A SUSCRIBIR ES RT-HOGAR	
	38. Cantidad de trabajadores(as) permanentes por asegurar:	
<input type="checkbox"/> Opción 1: Un trabajador <input type="checkbox"/> Opción 2: Dos trabajadores <input type="checkbox"/> Opción 3: Tres o más trabajadores		

ACEPTACIÓN DEL SEGURO	Declaro que la información aquí contenida es verídica, es completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el INS para emitir 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.	
	39. Firma de la Persona Tomadora del Seguro o Representante	40. Nombre completo, identificación y puesto del Representante (solo para personas jurídicas)
	USO EXCLUSIVO PARA EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS O REPRESENTANTE DEL INS	
	41. Monto Asegurado:	En mi calidad de Intermediario 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 seguro y resuelva aceptar el aseguramiento.
	42. Código actividad:	
	43. Tarifa:	
44. Prima Anual Estimada:		
45. Nombre completo y código del Intermediario:	46. Firma y número de identificación del Intermediario 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 07 de marzo de 2023.

Instituto Nacional de Seguros / Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José / Apdo. Postal 10061-1000
 Central telefónica 2287-6000 / Fax: 2243-7062 / Consultas: contactenos@grupoins.com / Defensoría del Cliente: defensoriadelcliente@grupoins.com
Consulte nuestra página Web: www.grupoins.com

	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 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)