



N° de Colegiado (a) _____ Fecha incorporación: _____

Lugar: _____ Fecha de solicitud: _____ Hora: _____

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

PÓLIZA N° _____ COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN

DATOS DEL TOMADOR	1) Si el Tomador y el Asegurado son la misma persona, omite llenar los datos del Tomador			
	Nombre o razón social:		N° de Identificación:	
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución Autónoma <input type="checkbox"/> Otro: _____			
	Dirección exacta del domicilio:			
	País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Teléfono (s):		Correo electrónico:	
	Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro: _____			

DATOS DEL ASEGURADO (Persona Física)	1er Apellido:		2do Apellido:		Nombre:	
	N. de Identificación:		Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____			
	País y lugar de nacimiento:			Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____					Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	Dirección exacta del domicilio actual:					
	País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:		
	Tel. domicilio:		Tel. celular:		Tel. oficina:	
	Correo electrónico:					
Indique el medio por el cual desea ser notificado: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono				Recuerde mantener actualizados sus datos.		

DATOS PROFESIONALES	Indique el grado académico universitario bajo el que ejerce su profesión:	
	Cargo (s) o función (es) profesional (es) que desempeña:	
	¿Ejerce usted alguna especialidad profesional, en el campo del derecho? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:	
	¿Ejerce usted de manera simultánea otra carrera profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:	
	¿Ha tenido pérdidas o demandas por Responsabilidad Civil Profesional derivadas del ejercicio de su profesión como abogado (a) en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si su respuesta es afirmativa, especifique cuál o cuáles, describa detalladamente las causas, perjuicios originados y montos totales indemnizados (utilice hojas adicionales en caso de ser necesario, firme cada una y las adjunta a esta solicitud)	
	Ingreso anual promedio del ejercicio de su profesión:	
	Antigüedad en el ejercicio de la función:	Cantidad de actos notariales que realiza anuales:
	Nombre del patrono o naturaleza de la actividad independiente: <input type="checkbox"/> Notario Institucional <input type="checkbox"/> Notario con oficina abierta al público	
Patrono: _____ <input type="checkbox"/> Notario asalariado <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado (PEP) en el territorio nacional o extranjero. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Detalle el cargo _____		
Desempeña alguna de las actividades indicadas en el artículo 15 y 15 bis de la Ley N°8204. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

VIGENCIA: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____ *La fecha de renovación anual es uniforme para todo el grupo.

ELECCIÓN DE OPCIONES	COBERTURA, DEDUCIBLE, SUMA ASEGURADA, PRIMAS DEL SEGURO							
	COBERTURA L: RESPONSABILIDAD CIVIL							
	Marque con una equis (x) el monto de seguro de su preferencia de acuerdo con la opción que elija							
	Monto básico obligatorio de Ley vigente				Opciones de sumas aseguradas mayor al monto obligatorio			
	Marque (x)	Suma asegurada*	Opción Deducible	Prima anual I.V.A	Marque (x)	Suma asegurada*	Opción Deducible	Prima anual I.V.A
	<input type="checkbox"/>	€26.000.000	15% del Monto a Indemnizar / Mínimo de €400.000	€81 573,57	<input type="checkbox"/>	€50.000.000	15% del Monto a Indemnizar / Mínimo de €400.000	€149 222,15
					<input type="checkbox"/>	€75.000.000		€202 535,55
					<input type="checkbox"/>	€100.000.000		€244 339,90
	Notas:							
	* Suma máxima en el año póliza por la cual el Instituto asume responsabilidad y otorga cobertura a los eventos que sucedan dentro de ese período.							
* La prima definitiva se calculará en la fecha de emisión, para cada caso individual.								
* Las primas anteriores para cada opción, aplican exclusivamente a los contratos del Colegio de Abogados/as de Costa Rica.								
Moneda:	¿Tiene pólizas con otra Compañía Aseguradora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> Colones	Nombre de la Compañía Aseguradora: _____						Número de Póliza suscrita: _____	

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: www.grupoins.com / Consultas: contactenos@grupoins.com / Contraloría: 2287-6161 ó 800INSContraloría / cservicios@grupoins.com

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

- Solicitud de aseguramiento debidamente cumplimentado.
- Habilitación en la Dirección Nacional de Notariado e incorporación al Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica.

NOTAS IMPORTANTES

1. En caso de un evento, comunicarse al teléfono 800-TELEINS (800-835-3467), Fax 2221-2294 o a la dirección: contactenos@grupoins.com
2. Los datos requeridos en el presente formulario son indispensables para la valoración del riesgo a proteger, no son excluyentes con otros formularios que requieran de similar información.
3. Se aclara que la presente solicitud está dirigida a cubrir exclusivamente el ejercicio del Notariado en territorio y jurisdicción en Costa Rica.

OBSERVACIONES**PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD**

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requisitos del Asegurador deberá ser aceptada o rechazada por éste dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo. Si el Asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud se entenderá aceptada a favor del solicitante. En caso de complejidad excepcional, el Asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder dos (2) meses. El Asegurado podrá consultar el resultado o avance de su solicitud con su intermediario de seguros o mediante los medios que se indican en el pie de página.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

He recibido la Información previa al perfeccionamiento y las Condiciones Generales de este seguro, las cuales me fueron explicadas por el intermediario de seguros o Representante del INS, abajo firmante; manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud el seguro podrá ser emitido en esas condiciones.

Además se me ha informado que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de las Condiciones Generales de este seguro, sus modificaciones y adiciones y que además puedo consultarlas a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS. Declaro que la información anterior es verídica, completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito.

Adicionalmente toda la información referente a este seguro se encuentra disponible en la página Web del Colegio de Abogados www.abogados.or.cr/ Sección servicios/Régimen seguridad social/RC Notarios.

FIRMA Y CÉDULA DEL ASEGURADO / TOMADOR

Declaro que la información provista en este formulario es fiel y verdadera, por tanto, acepto que cualquier omisión o falsedad en los datos suministrados causaría la cancelación de los contratos de seguros; asimismo, mientras exista una relación comercial, me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información.

Autorizo al INS para acceder a bases de datos de empresas comercializadoras y entidades públicas u otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo la fotografía del documento de identidad y otros, permitidos de conformidad con la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968.

Autorizo al INS, al Colegio y a los Agentes de Seguros a cargo, para que de forma permanente brinden la información del estado de póliza a la Dirección Nacional de Notariado (DNN) cuando sea requerida, en razón de simplificar los procesos de control y cumplimiento de mis obligaciones de Ley para con esta dependencia pública.

Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio 800-800-8000, 800-Teleins (800-8353467) para servicio de comunicación u otros medios que se utilicen para el reporte del evento, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesaria su utilización, tanto para gestiones de aseguramiento como para solicitudes de indemnización.

Firma del asegurado: _____ Cédula: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

DATOS DEL INTERMEDIARIO O REPRESENTANTE DEL INS

En mi calidad de intermediario de Seguros, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fe de que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado que para el riesgo descrito y que desde mi perspectiva no existen agravaciones o limitaciones para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva aceptar o rechazar el aseguramiento.

Nombre, firma y número del Intermediario o Representante del INS Fecha: _____ Hora: _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO

Riesgo aceptado por:	Revisado por:
Firma: _____	Nombre: _____
Nombre: _____	Firma: _____
Fecha: _____ Hora: _____	Sello: _____
Intermediario: _____	

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley N° 8653, bajo los registros número G08-07-A01-105 (colones), G08-07-A01-106 (dólares), de fecha 19 de octubre del 2021.