

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Departamento de Aseguramiento Automóviles Voluntario SOLICITUD Seguro Tradicional		<input type="checkbox"/> EMISION	SUC	AUT	MOD	
		<input type="checkbox"/> ENDOSO				
Fecha de Emisión o Endoso DIA / MES / AÑO		Agente Nombre: _____ Código: _____		Espacio solo para personas físicas Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Estado: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo		
Nombre o razón social del Asegurado:			No. Madre en caso de ser inclusión AUM _____ Cédula Física o Jurídica:			
Actividad o profesión:	Dirección:	Provincia	Cantón	Distrito		
Dirección por señas:						
Teléfono	Fax:	Apdo Postal	Correo Electrónico			
Desea que en caso de devolución de primas, su reembolso se deposite en su cuenta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Banco _____ N° Cuenta Cliente _____						
El interés del Asegurado sobre este vehículo es: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario <input type="checkbox"/> Acreedor <input type="checkbox"/> Depositario <input type="checkbox"/> Comodatario						
Nombre del Cónyuge:			Cédula:			
PLANES DE PAGO <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Deducción Mensual Patrono: _____ <input type="checkbox"/> Corto Plazo N° días _____ <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express N° tarjeta _____			MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Acreedor Prendario <input type="checkbox"/> Flotilla <input type="checkbox"/> Agremiado o Asociación <input type="checkbox"/> Deducción Porteador <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Rallies <input type="checkbox"/> Colectivo			
N° Placa excluir	N° Placa incluir	N° Cilindros	Color	Capacidad de personas: Normal Recargo Total		
Estilo <input type="checkbox"/> Sedan <input type="checkbox"/> Microbus <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Grúa <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Carga Pesada <input type="checkbox"/> Limosina <input type="checkbox"/> Cuadriciclos	<input type="checkbox"/> Station Wagon <input type="checkbox"/> Coupe <input type="checkbox"/> Vagoneta <input type="checkbox"/> Cuadriciclos modificados	<input type="checkbox"/> Pick Up <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Carga Liviana <input type="checkbox"/> Hatch back <input type="checkbox"/> Ambulancia			
Marca	Modelo	Año	Serie	Cubicaje	Peso Bruto	Peso Neto
N° Motor		CHASIS		Pintura <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Metálica		VIN
COMBUSTIBLE <input type="checkbox"/> Diesel <input type="checkbox"/> Híbrido <input type="checkbox"/> Gasolina <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Eléctrico		DISP. SEGURIDAD <input type="checkbox"/> Satélite <input type="checkbox"/> Chip / Llave <input type="checkbox"/> Alarma		ENTIDAD <input type="checkbox"/> Diplomático <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Clero Gobierno <input type="checkbox"/> Desentral.		Descripción:
TIPO DE CARGA <input type="checkbox"/> Carga General <input type="checkbox"/> Carga Peligrosa <input type="checkbox"/> Combustible <input type="checkbox"/> Pasajeros Especifique: _____		PAGO IMP. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Valor \$ _____		<input type="checkbox"/> Con tracción <input type="checkbox"/> Sin Tracción		
REMOLQUE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Valor \$ _____		<input type="checkbox"/> Carga Liviana <input type="checkbox"/> Pasajeros tipo camper				
FORMA ASEG. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> No estatal sin Imp. <input type="checkbox"/> R.A.						
USO VEHIC: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Particular y Comercial <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Trans. Privado Personas <input type="checkbox"/> Carga Ambulancia <input type="checkbox"/> Privada Seguridad <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Serv. Público						
RUTA QUE TRANSITA <input type="checkbox"/> Interurbano Capital <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Interurbano provincias <input type="checkbox"/> Entre Ciudades <input type="checkbox"/> Escolar Especifique ruta: _____						
ESPACIO PARA AUTOBUSES						
Informe revisión COB A-Cond. Part.						
Puntos Condiciones	10	8	6	4	PTOS	TABLA DE VALORES E- Excelente 40 o más B- Buenas de 31 a 39 No asegurable menos de 31 TOTAL
Carrocería	Original de Fábrica	Metálica Nac.	Fibra de vidrio			
Ventanas	Vidrio Fijo	Vidrio Corredizo horizontal	Vidrio Corredizo Vertical			
Puertas	Entrada - Salida y Emergencia	Entrada y salida independientes	Una sola puerta para entrada y salida			
Antigüedad de autobuses	Hasta 3 años	4 o 5 años	6 años	7 años		
Chasis	Chasis de Fábrica		Chasis modificado en el país.			

CARACTERÍSTICAS DEL VEHICULO

ACREEDOR	NOMBRE DEL ACREEDOR PRENDARIO			N° CEDULA FISICA O JURIDICA	
	Dirección:		Provincia	Cantón	Distrito
	Otras señas:				
	Monto deuda en letras:			Monto en ¢: _____ % acreencia: _____	

EQUIPO ESPECIAL	DESCRIPCION	MARCA	MODELO	SERIE	SUMA ASEGURADA

COBERTURAS	COBERTURAS	DEDUCIBLES		LIMITE X PERSONA Montos (miles ¢)	LIMITE X ACCIDENTE Montos (miles ¢)	PRIMA
		Porcentual %	Mínimo ¢			
	A					
	B	Gastos médicos		SI	NO	
	C					
	D					
	F					
	G	Asistencia en viaje		SI	NO	
H						

Extraterritorialidad	DESCRIPCION	DESDE	HASTA	MONTO (miles)	PRIMA
	Extraterritorialidad				

INSPEC.	Inspección realizada el: _____ / _____ / _____	Hora: _____	Calificación Total: _____ %	N° Guía _____	<input type="checkbox"/> Bonificación
	Nombre del inspector o Comercializadora _____		N° Agente _____	Imp. Ventas _____	<input type="checkbox"/> Recargo Porcent. _____
				Prima Total _____	

<p>La siguiente tabla define los valores máximos a reconocer por el Instituto, por la indemnización de radios en relación con el valor del vehículo asegurado. Si el valor del radio excede el establecido en esta tabla, se deberá asegurar dicho exceso como Equipo Especial.</p>		SELLO DEPARTAMENTO
Monto Asegurado ó V.R.E. Vehículo (*)	Valor de radio	
¢ 1 - 1.000.000.....	\$150	
¢ 1.000.001 - ¢3.000.000.....	\$250	
¢ 3.000.001 - ¢5.000.000.....	\$550	
¢ 5.000.001.....	\$750 (*) El que sea menor	

Firma y cédula del Aseg.	En caso de Persona Jurídica, indicar cargo y nombre del firmante	Lugar: _____	Refendo Lugar: _____
	Nombre: _____	Fecha: ____/____/____	Firma: _____
	Cargo: _____	Hora: _____	Fecha: ____/____/____

Riesgo Aceptado por:	Nombre, firma y sello Rep. Comerc.	DEVOLUCIONES:
Firma: _____		Motivo: _____
Fecha: ____/____/____		_____
Hora: _____		Fecha: _____ Firma: _____

Usuario Digitador: _____	Usuario revisor: _____
--------------------------	------------------------