|  |  |
| --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE GARANTIA EXTENDIDA ELECTRODOMESTICOS**  **PROPUESTA DE SEGURO -CONDICIONES PARTICULARES** |

**El Tomador, indicado adelante, acepta la presente propuesta de seguro mediante la cual, SEGUROS LAFISE se compromete al cumplimiento de las condiciones de la póliza que se ha puesto en conocimiento del tomador por medio de (INDICAR ENTREGA FÍSICA, ENLACE DIGITAL, O EL MEDIO QUE CORRESPONDA). Este documento conforma igualmente la constancia de aseguramiento.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar: Fecha: N° de Póliza:** | | | | | | | |
| **DATOS DEL TOMADOR (SOLICITANTE)** | | | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS:** | | **N° IDENTIFICACIÓN:** | | |  | | |
| **Dirección de Domicilio para Notificaciones:** | **Provincia:** | **Cantón:** | | **Distrito:** | | | **Apartado Postal:** |
| **Otras señas:** | | | | | | |
| **Dirección Electrónica 1:** | | **Número de teléfono:** | | | **Número de celular:** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL ASEGURADO (Solo en caso de que sea diferente al Tomador)** | | | | | | | |
| **Si es cliente nuevo o requiere actualizar la información, favor cumplimentar el formulario “Conozca a su Cliente”.** | | | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS:** | | **N° IDENTIFICACIÓN:** | | |  | | |
| **Dirección de Domicilio para Notificaciones:** | **Provincia:** | **Cantón:** | | **Distrito:** | | | **Apartado Postal:** |
| **Otras señas:** | | | | | | |
| **Dirección Electrónica 1:** | | **Número de teléfono:** | | | **Número de celular:** | |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL OBJETO QUE SE SOLICITA ASEGURAR** |
| Los electrodomésticos propiedad del asegurado que tendrán cobertura de garantía extendida por año a partir del vencimiento del certificado de garantía otorgado por el fabricante. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE ELECTRODOMÉSTICO** | |  | | **MODELO** |  | | | **AÑO** |
| **MARCA** | |  | | **SERIE** |  | | | **COLOR** |
| **VALOR DEL ELECTRODOMÉSTICO** | |  | | **FABRICANTE** |  | | | **FECHA DE ADQUISICIÓN** |
| **Nombre de la compañía que otorga la garantía** |  | | **Plazo de vigencia de la garantía** | | |  | **Descripción general de la garantía** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uso que dará al bien** | **Personal**  **Comercial**  **Otro** |
| **Dirección exacta donde se encontrará el bien** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO** | | | |
| Los bienes asegurados por la presente póliza serán los electrodomésticos que reúnan los siguientes requisitos:   1. Haber sido adquiridos por el Asegurado en Costa Rica. 2. Ser utilizados por personas mayores de edad, salvo que se establezca lo contrario en la Propuesta de Seguro. 3. Que se trate de equipos nuevos, no reacondicionados ni usados. | | | |
| **OTROS SEGUROS** | **¿Existe alguna póliza vigente con esta u otra aseguradora para este vehículo?  SI  NO**  **ASEGURADORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** | | | |
| **VIGENCIA: Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **La vigencia de este seguro se mantendrá por un (1) año contado a partir del vencimiento del certificado de garantía otorgado por el fabricante del vehículo asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza.** | | | |
| **ELECCION DE COBERTURAS** | | | |
| **DETALLE DE DETALLE DE COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS Y PRIMAS** | | | |
| **COBERTURA** **DE GARANTÍA EXTENDIDA** | | **MONTO ASEGURADO (VALOR DEL ELECTRODOMÉSTICO NUEVO)**  **¢ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **MONTO DE LA PRIMA:**  **¢ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **OTROS TEMAS** | |
| **MONEDA Colones  Dólares** | | **Colones  Dólares** |
| **MODO DE PAGO** | |
| Cargo a tarjeta (No se aceptan tarjetas del tipo American Express) | Pago directo del Tomador |
| Titular: | N° de Tarjeta: |
| Banco Emisor: | Fecha de vencimiento: |
| En caso de optar por el pago con tarjeta de crédito o débito, autorizo a Seguros Lafise Costa Rica, S.A. aplicar los cargos correspondientes al pago de la prima en la frecuencia y montos que aquí se establezcan, así como en la siguiente renovación automática salvo instrucción previa en contrario. | |
| |  | | --- | | **INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO** | | |
| Como Tomador de este seguro, hago constar que he recibido conforme y previo al perfeccionamiento del contrato, la información sobre el contrato de seguros y la entidad aseguradora, así como las Condiciones Generales y DERSA de este seguro las puede consultar en el siguiente enlace: <https://www.lafise.com/slcr/seguros-individuales/otros-seguros-individuales/> o c**onsultar en el enlace [servicioseguro@lafise.com](mailto:servicioseguro@lafise.com)**  **Las consultas, asesoría y preguntas frecuentes sobre esta póliza pueden ser formuladas al teléfono: (506)4052-3030 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5.00 p.m., a los correos electrónicos: [servicioseguro@lafise.com](mailto:servicioseguro@lafise.com) , Tél. 2246-2574, Línea gratuita asistencia 2528-7515.**  **Las oficinas centrales de LA ASEGURADORA se ubican en San José, San Pedro, 125 metros Este de la Rotonda de San Pedro, frente a Funeraria Montesacro.** | |
| **Nombre del Intermediario**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Correo electrónico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Dirección física**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Firma y Número de Identificación del Tomador o ASEGURADO** | **Nombre del Operador de Seguros Autoexpedibles** | **Firma y Código del Empleado del Operador** |

|  |
| --- |
| **Registro en SUGESE No.** |