|  |  |
| --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO AUTOMÓVIL AUTOEXPEDIBLE MULTIMONEDA**  **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** | | | | | | | | | | | | | | |
| **PLACA** | **MARCA** | | | **MODELO** | | | **SERIE** | | **AÑO** | | **COLOR** | |  | |
| **Nº MOTOR** | | | **Nº CHASIS O VIN** | | **CILINDRADA** | | | **CUBICAJE** | | | | **PESO BRUTO** | | **CAPACIDAD** |
| **VALOR ASEGURADO:** | | \*₡\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \*$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \*Valor de mercado | | | | |

|  |
| --- |
| **DECLARO QUE EL USO DEL VEHICULO ES EL SIGUIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO**  **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD** |
| **Declaro y acepto que la información que doy a continuación es cierta, correcta y verdadera**:   1. Que cuento con licencia de conducir vigente según tipo de vehículo asegurado. 2. Que el vehículo asegurado cuenta con el Marchamo y la Revisión Técnica Vehicular (RTV) al día y demás requisitos exigidos para circular en vías nacionales. 3. Que no he sufrido algún accidente de tránsito en los últimos tres (3) meses. 4. Que no cuento con proceso judicial pendiente a raíz de un accidente de tránsito con el vehículo asegurado.  |  | | --- | | 1. Que el vehículo asegurado no presenta daños o golpes en carrocería o la parte mecánica.   Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa eximirá a **SEGUROS LAFISE COSTA RICA S.A.** del pago de reclamaciones, de acuerdo con el Artículo 32. Reticencia o falsedad en la declaración del riesgo, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956. Cualquier cambio o modificación de la información aquí suministrada, deberá ser notificado a **SEGUROS LAFISE COSTA RICA S.A. Asimismo, SEGURO LAFISE COSTA RICA S.A. se reserva el derecho de inspeccionar el vehículo durante la vigencia de la póliza.**  Acredito que cedo los derechos al Acreedor designado en la presente Propuesta de Seguro hasta el monto de su acreencia. Asimismo, renuncio a la modificación de dicho Acreedor, salvo que cuente con la aprobación de este o demuestre que éste no mantiene ningún interés sobre el bien. | |
| **OTROS SEGUROS: ¿Existe alguna póliza vigente con ésta u otra aseguradora para este vehículo?  SI  NO** |
| **ASEGURADORA: NUMERO DE POLIZA:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO (ACREEDOR)** | | | |
| **ACREEDOR** | **IDENTIFICACIÓN** | **GRADO DE ACREENCIA** | **MONTO DE LA ACREENCIA** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** |
| **VIGENCIA: Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ELECCION DE COBERTURAS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COBERTURAS** | **DEDUCIBLE** | **MONTO MAXIMO ASEGURADO** | **PRIMA ANUAL** |
| **A. Responsabilidad Civil extracontractual por lesión y/o muerte de terceras personas y/o daños a la propiedad de terceras personas “Límite Único Combinado”.** | **LESION O MUERTE DE PERSONAS: NO APLICA.**  **DAÑOS A LA PROPIEDAD DE TERCEROS:**  **1. ¢200.000.00 o US$400.00 por evento.**  **2. Propiedad de un familiar del Asegurado hasta el 3er grado de afinidad o consanguinidad, máximo por evento 20% de la pérdida, con un mínimo de ¢200.000,00 o de US$400.00**  **3. Conductor con permiso temporal, máximo por evento 30% de la pérdida, con un mínimo de ¢200.000,00 o de US$400. 00.** | **₵25.000000.00**  **US$50.000.00** |  |
| **B. Daño directo al vehículo asegurado** | **Colones: 15% de la pérdida con un mínimo de ¢150.000,00**  **Dólares: 15% de la pérdida con un mínimo de US$300.00** | **Vehículos con Valor Real Efectivo que no superen:**  **₵21.000000.00 o $30.0000.00** |  |
| **C. Robo y/o hurtos totales** | **Colones: 15% de la pérdida con un mínimo de ¢150.000,00**  **Dólares: 15% de la pérdida con un mínimo de US$300.00** |  |
| **D. Asistencia en carretera** | **GRATUITA** | | | |

|  |
| --- |
| **PRIMA POR PAGAR Y FRECUENCIA DE PAGO** |
| **FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA:** ❒ **PAGO ANUAL: Sin recargo**    ❒Factor para determinar pago semestral❒ 0.52 ❒Factor para determinar pago trimestral ❒ 0.26    ❒ Factor para determinar la prima Mensual ❒ 0.09 |
| **MONTO DE LA PRIMA: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **₡\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **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/> En el caso de requerir la cobertura de Asistencia en Carretera, debe contactar el proveedor COINCA Comunicaciones Inalámbricas de Centroamérica, S.A., cédula jurídica 3-101-415379, llamando al teléfono (**506) 800-5234732.** . | |
| **Nombre del Intermediario**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Correo electrónico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Dirección física**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

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