

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

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TOMADOR (SOLICITANTE)

<input type="checkbox"/> CLIENTE SEGUROS LAFISE <input type="checkbox"/> CLIENTE NUEVO    Si es cliente nuevo o requiere actualizar la información, favor cumplimentar el formulario "Conozca a su Cliente".					
PERSONALIDAD		NOMBRE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	N° DE IDENTIFICACIÓN
Persona Física <input type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/>					
Solo en caso de Persona Física:		Fecha de Nacimiento:	Profesión:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Empresa donde labora:
				Trabaja en lo propio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medios para Notificaciones:	Provincia:	Cantón:	Distrito:	Otras señas:	
	Correo electrónico:		Número de celular:	Número de teléfono:	

### DATOS DEL ASEGURADO (EN CASO DE SER DIFERENTE AL TOMADOR)

<input type="checkbox"/> CLIENTE SEGUROS LAFISE <input type="checkbox"/> CLIENTE NUEVO    Si es cliente nuevo o requiere actualizar la información, favor cumplimentar el formulario "Conozca a su Cliente".					
PERSONALIDAD		NOMBRE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	N° DE IDENTIFICACIÓN
Persona Física <input type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/>					
Solo en caso de Persona Física:		Fecha de Nacimiento:	Profesión:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Empresa donde labora:
				Trabaja en lo propio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medios para notificaciones:	Provincia:	Cantón:	Distrito:	Otras señas:	
	Correo electrónico:		Número de celular:	Número de teléfono:	

### DATOS DEL BIEN QUE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO UBICACIÓN DE LA PROPIEDAD

Provincia:	Cantón:	Distrito:	Otras señas:			
Número de folio real:	Número de finca filial:		Número de casa:			
Años de construcción:	Número de pisos:		Área construida:			
Tipo de Residencia:	<input type="checkbox"/> Condominio: Horizontal ( ) Vertical ( ) <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Otro		Ubicación: <input type="checkbox"/> Montaña <input type="checkbox"/> Playa <input type="checkbox"/> Campo	Obras complementarias: <input type="checkbox"/> Tapias <input type="checkbox"/> Muro <input type="checkbox"/> Piscina		
	Número de planta:					
Colindantes:						
Residencia ocupada por:	<input type="checkbox"/> Propietario registral <input type="checkbox"/> Inquilino    Si es inquilino, especifique nombre del propietario:					
Materiales de construcción:	Paredes externas:		Paredes internas:	Techo:	Piso:	Ventanas:
	Entrada principal:		Exteriores:	Observaciones:		
Interés Asegurable sobre el bien a asegurar (solicitante):	<input type="checkbox"/> Propietario registral <input type="checkbox"/> Usufructuario <input type="checkbox"/> Acreedor <input type="checkbox"/> Depositario <input type="checkbox"/> Arrendatario <input type="checkbox"/> Otro:					
Observaciones:						

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO - ACREEDOR

Acreedor	No. de identificación	Grado de Acreencia	Monto de la Acreencia

### PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

### ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES

Forma de Pago de la Prima y Fraccionamiento:	Anual 0% <input type="checkbox"/> Semestral 8% <input type="checkbox"/> Trimestral 11% <input type="checkbox"/> Mensual 13% <input type="checkbox"/>	Modalidad de Aseguramiento	<input type="checkbox"/> Valor Real Efectivo <input type="checkbox"/> Valor de Reposición <input type="checkbox"/>

### DETALLE DE COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS, DEDUCIBLES Y PRIMAS

COBERTURAS	MONTO ASEGURADO
<b>COBERTURAS BÁSICAS</b>	
A- Daños a la residencia (Incluye Asistencia en el Hogar y Sublímites)	( )
B- Daños a la propiedad personal y/o menaje (*)	( )
<b>COBERTURAS OPCIONALES</b>	
C- Riesgos de la naturaleza	( )
D- Robo y tentativa de robo	( )
E- Rotura de cristales	( )
F- Pérdida de rentas por arrendamiento (**)	( )
G- Gastos de alquiler	( )

Notas: (\*) Detallar en documentos adicionales todos aquellos bienes a asegurar, con un valor superior a US \$2.000,00.

(\*\*) Se requiere la presentación de copia del contrato de arrendamiento (Aplica para coberturas F y G).

(\*\*\*) Indicar el número de meses a ser indemnizados por renta: ( ) Costo mensual:

### OTROS TEMAS

TIPO DE SOLICITUD:  Emisión     Renovación     Modificación

MODO DE PAGO	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta    Titular: _____	Fecha de vencimiento: _____	<input type="checkbox"/> Pago directo del Tomador
--------------	--	-----------------------------	---

¿Cuenta actualmente seguro de Incendio Hogar Individual Riesgos Nominados con otra aseguradora?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Favor indicar si la respuesta es afirmativa:		Entidad Aseguradora:
					Número de Póliza:
					Periodo de vigencia:
		N° de Tarjeta:	Banco Emisor:		
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 se establezcan en las Condiciones Particulares, así como en la siguiente renovación automática salvo instrucción previa en contrario.					
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>					
Estimado cliente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales (Ley 8968) y normativa conexas, le informamos lo siguiente: La información brindada por usted como parte del proceso de contratación de un seguro con SEGUROS LAFISE, será almacenada en una base de datos de carácter personal, con la finalidad de ofrecerle los servicios y coberturas adquiridos en el seguro. Adicionalmente, la información será utilizada en el ofrecimiento de beneficios adicionales, productos y cualquier otro servicio brindado por SEGUROS LAFISE. SEGUROS LAFISE COSTA RICA S.A., entidad aseguradora con cédula jurídica 3-101-678807, será la destinataria de la información personal brindada por usted, la cual podrá ser consultada tanto por el personal de SEGUROS LAFISE, así como las personas con las que SEGUROS LAFISE mantenga algún tipo de relación comercial, y cuenten con autorización por parte de SEGUROS LAFISE, a quienes se les podrá transferir la información con los fines antes descritos. La información brindada por usted es facultativa, no obstante, en caso de oponerse, SEGUROS LAFISE se podría ver imposibilitado de brindarle algunos de los servicios contratados. Como titular de los datos personales, SEGUROS LAFISE le brinda el derecho de acceso, verificación, rectificación o eliminación de los mismos. Por último, las oficinas de SEGUROS LAFISE se ubican en San Pedro de Montes de Oca, 125 metros este de la Rotonda de La Hispanidad, frente a Funeraria Montesacro, Correo Electrónico: <a href="mailto:serviciosegurocr@lafise.com">serviciosegurocr@lafise.com</a> . Con pleno conocimiento de los señalado anteriormente, brindo el consentimiento libre, específico, informado, inequívoco e individualizado, del tratamiento de mis datos personales. <b>FIRMA DEL TOMADOR:</b>					
<b>PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD</b>					
La Solicitud de Seguro deberá ser aceptada o rechazada por Seguros Lafise dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. En caso de que dentro del plazo establecido Seguros Lafise no se pronuncie sobre la aceptación o rechazo de la Solicitud, esta se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, Seguros Lafise deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. La Solicitud de Seguro será analizada por el área de suscripción de Seguros Lafise, siendo esta área, el área comercial o el intermediario de seguros, los encargados de comunicar la resolución sobre la solicitud de seguro. Cualquier comunicación relacionada con la Solicitud de Seguro, puede dirigirla a: <a href="mailto:serviciosegurocr@lafise.com">serviciosegurocr@lafise.com</a> o bien en nuestra oficinas, ubicadas 175 metros este de la Rotonda de San Pedro, San José, Costa Rica.					
<b>INDICACIÓN DE ENTREGA DE INFORMACIÓN PREVIA</b>					
Como Solicitante de este seguro, hago constar que he recibido información previa al perfeccionamiento del contrato, sobre el contrato de seguro y la entidad aseguradora, así como las Condiciones Generales de la póliza. Asimismo, he leído y comprendo las Condiciones Generales del seguro, las cuales puedo revisar accediendo a las siguientes páginas web: Seguros Lafise: <a href="https://www.lafise.com/slcr/">https://www.lafise.com/slcr/</a> ; Superintendencia General de Seguros: <a href="http://www.sugese.fi.cr/polizas_servicios/Vigentes_web.html">http://www.sugese.fi.cr/polizas_servicios/Vigentes_web.html</a>					
FIRMA Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR			SEGUROS LAFISE COSTA RICA S.A.		
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 8653, bajo el registro número G06-70-A14-591, de fecha 19 de diciembre de 2014.					