|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| seguros Lafise | **INCENDIO HOGAR INDIVIDUAL TODO RIESGO DÓLARES**  **SOLICITUD DE SEGURO** | | |
| **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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CLIENTE SEGUROS LAFISE  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  Persona Jurídica** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| **Solo en caso de Persona Física:** | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | | | | | | | | | **Profesión:** | | | | | **Género:** F M | | | | | **Empresa donde labora:** |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | **Trabaja en lo propio Sí 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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CLIENTE SEGUROS LAFISE  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  Persona Jurídica** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| **Solo en caso de Persona Física:** | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | | | | | | | **Profesión:** | | | | | | | **Género:** F M | | | | | **Empresa donde labora:** | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | **Trabaja en lo propio Sí No** | | | | |  | |
| **Medios para notificaciones:** | | | **Provincia:** | | | | | | | **Cantón:** | | | | | | | **Distrito:** | | | | **Otras señas:** | | | | | | |
| **Correo electrónico:** | | | | | | | | | | | | **Número de celular:** | | | | | | | **Número de teléfono:** | | | | | |
| **DATOS DEL BIEN QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos de la propiedad** | | **Provincia:** | | | | | **Cantón:** | | | | | | **Distrito:** | | | | | | **Otras señas:** | | | | **Número de inmuebles que conforman la propiedad:** | | | |
| **No. de folio real** | | | | | | | | | **No. de finca filial:** | | | | | | | | | **Año de construcción:** | | | | | **Área construida:** | |
| **Tipo de Edificación o construcción:** | | | | | | | **Condominio:**  **Horizontal ( ) Vertical (…)**  **Número de Pisos:**  **Altura:** | | | | | | | | | | **Residencial**  **Número de casas:**  **Extensión aproximada de las mismas:** | | | | | **Otro** | | |
| **Observaciones:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Detalle de Colindantes:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Medidas de seguridad:**  (en caso de ser Condominio) | | | | | | **Rociadores automáticos  Gabinete de incendio  Sistema de detección de humo y alarma  Plan de continuidad de negocios**  **Hidrantes extintores  Brigada  Sistema de alarma a central de motores  Cortinas metálicas  Luces infrarrojas o rayos laser jardines  Circuito cerrado de televisión  Guarda de seguridad armado** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Interés Asegurable del solicitante sobre el bien a asegurar:** | | | | | | | | | | | | **Propietario registral  Usufructuario  Acreedor  Depositario  Arrendatario  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | |
| **BIENES A ASEGURAR Y SU VALOR ASEGURADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BIEN** | | | | | | | | | | | | | | | | | **VALOR ASEGURADO** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO - ACREEDOR** | | | |
| **Acreedor** | **No. de identificación** | **Grado de Acreencia** | **Monto de la Acreencia** |
|  |  |  |  |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** | | | |
| **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELECCIÓN OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES** | | | | | | | | | |
| **Forma de Pago de la Prima y Recargos:** | **Anual** | | | | **Semestral** | **Trimestral** | | **Mensual** |
| **Recargo:** | | **0%** | | **5%** | **7%** | | **9%** |
| **DETALLE DE COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS, DEDUCIBLES Y PRIMAS** | | | | | | | | |
|  | | | | **DEDUCIBLE** | | | **MONTO ASEGURADO** | |
| **COBERTURA BÁSICA**   1. Daños a la Residencia por Eventos no Catastróficos | |  | | 1% de la suma asegurada con un mínimo de UD$500,00 (Quinientos dólares netos) y un máximo de US$ 2.000,0 (Dos mil dólares Netos) por evento. | | | |  | | --- | | **$** | | |
| 1. Daños a la Residencia por Eventos Catastróficos | |  | | 1% de la suma asegurada con un mínimo de UD$500,00 (Quinientos dólares netos) y un máximo de US$ 2.000,0 (Dos mil dólares Netos) por evento. | | |  | |
| **COBERTURAS OPCIONALES** | |  | |  | | | |  | | --- | | **$** | | |
| 1. Daños a la propiedad personal y/o menaje | |  | | 1% de la suma asegurada con un mínimo de UD$400,00 (Cuatrocientos dólares netos) por evento | | |
| 1. Robo y tentativa de Robo | |  | | 1% de la suma asegurada en la Cobertura C, con un mínimo de UD$400,00 (Cuatrocientos dólares netos) por evento | | | |  | | --- | | **$** | | |
| 1. Rotura de Cristales | |  | | 1% de la suma asegurada con un mínimo de UD$100,00 (Cien dólares netos) por evento | | | |  | | --- | | **$** | | |
| 1. Pérdida de rentas por arrendamiento | |  | | No aplica | | | |  | | --- | | **$** | | |
| 1. Responsabilidad Civil del Hogar | |  | | 1% de la suma asegurada en la Cobertura C, con un mínimo de UD$400,00 (Cuatrocientos dólares netos) por evento | | | |  | | --- | | **$** | | |
| **COBERTURAS ESPECIALES**  CE-1. Gastos de Alquiler | |  | | No aplica | | |  | |
| CE-2. Asistencia en el Hogar | |  | | No aplica | | |  | |
| CE-3. Remoción de Escombros | |  | | No aplica | | |  | |

|  |
| --- |
| **OTROS TEMAS** |
| **TIPO DE SOLICITUD: Emisión Renovación Modificación** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODO DE PAGO**  (En caso de ser una póliza contributiva) | Pago Directo | Deducción de Planilla | | Cargo a Tarjeta | | Titular: | | Fecha de vencimiento: |
| N° de Tarjeta: | | Banco Emisor: |
| ¿**Cuenta actualmente con el seguro Incendio Hogar Individual Todo Riesgo con otra aseguradora?** | | | **SI** **NO** | | **Favor indicar si la respuesta es afirmativa:** | | Entidad Aseguradora:  Número de Póliza:  Periodo de vigencia: | |
| 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. | | | | | | | | |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO** | | | | | | | | |
| 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 conexa, 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: serviciosegurocr@lafise.com.  Con pleno conocimiento de los señalado anteriormente, brindo el consentimiento libre, específico, informado, inequívoco e individualizado, del tratamiento de mis datos personales. **FIRMA DEL TOMADOR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICTUD** | | | | | | | | |
| 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: [serviciosegurocr@lafise.com](mailto:serviciosegurocr@lafise.com) o bien en nuestraS oficinas, ubicadas 175 metros este de la Rotonda de San Pedro, San José, Costa Rica. | | | | | | | | |
| **INIDICACIÓN DE ENTREGA DE INFORMACIÓN PREVIA** | | | | | | | | |
| |  | | --- | | 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: <https://www.lafise.com/slcr/> ; Superintendencia General de Seguros: <http://www.sugese.fi.cr/polizas_servicios/Vigentes_web.html> | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **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-A14-548, de fecha 17 de noviembre de 2014.** | |