



SOLICITUD RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL UMBRELLA DÓLARES

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros LAFISE Costa Rica S.A. ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar: _____

Fecha: _____

 COTIZACIÓN EMISIÓN VARIACIÓN

VIGENCIA: DESDE:

HASTA:

PÓLIZA N°:

DATOS DEL TOMADOR:

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:

N° IDENTIFICACIÓN:

LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):

NACIONALIDAD:

SEXO:

 F M

País:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Dirección de Domicilio para Notificaciones:

Otras señas:

Dirección Electrónica:

Apartado Postal:

Código Apartado Postal:

Número de teléfono:

Número de celular:

Número de fax:

DATOS DEL ASEGURADO: (Llenar solo en caso de que sea diferente al Tomador)

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:

N° IDENTIFICACIÓN:

LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):

NACIONALIDAD:

SEXO:

 F M

País:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Dirección de Domicilio para Notificaciones:

Otras señas:

Dirección Electrónica:

Apartado Postal:

Código Apartado Postal:

Número de teléfono:

Número de celular:

Número de fax:

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

Giro de negocios del Asegurado

Dirección del riesgo a asegurar

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Otras señas:

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO**POLIZAS PRIMARIAS INCLUIDAS**

NO. DE PÓLIZA	LÍNEA SEGURO	ENTIDAD ASEGURADORA	MONTO SUSCRITO	VIGENCIA	
				DESDE	HASTA

DATOS DE LA PÓLIZA

FORMA DE PAGO	Conducto de cobro	Periodicidad	Recargo Financiero	Número de cuotas
() Cargo automático a Tarjeta: (No se aceptan American Express) No. De tarjeta _____ Emisor _____		<input type="checkbox"/> Semestral	5%	2
		<input type="checkbox"/> Trimestral	7%	4
		<input type="checkbox"/> Mensual	9%	12

LIMITES ASEGURADOS SOLICITADOS PARA LA COBERTURA

COBERTURA ASEGURADA	SUMA ASEGURADA	PRIMA
<input checked="" type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Umbrella		

LIMITES DE PARTICIPACION MINIMOS CONFORME MONTO ASEGURADO

MONTO SUSCRITO				LIMITE MINIMO DE PARTICIPACION	
DESDE		HASTA		COLONES	DÓLARES
COLONES	DÓLARES	COLONES	DÓLARES	COLONES	DÓLARES
¢500.000.000.00	\$1.000.000.00	¢1.000.000.000.00	\$2.000.000.00	¢10.000.000.00	\$20.000.00
¢1.000.000.001.00	\$2.000.001.00	¢1.500.000.000.00	\$3.000.000.00	¢15.000.000.00	\$30.000.00
¢1.500.000.001.00	\$3.000.001.00	¢2.000.000.000.00	\$4.000.000.00	¢20.000.000.00	\$40.000.00

RECARGOS, BONIFICACIONES O DESCUENTOS

RECARGOS POR TIPOS DE INCLUSIÓN DE CONTRATOS PRIMARIOS	Seguro Voluntario de Automóviles		Seguro Equipo de Contratista		Otros	
	Número de Vehículos	Recargo	Número de Vehículos	Recargo	Calderas	2%
	Hasta 10 Vehículos	5 %	Hasta 10 Vehículos	2 %	Embarcaciones	2%
	20 Vehículos	10 %	20 Vehículos	4 %		
	30 Vehículos	15 %	30 Vehículos	6 %		
31 y Más	20 %	31 y Más	8 %			

RECARGO / BONIFICACIÓN POR SINIESTRALIDAD	% DE SINIESTRALIDAD		% DE RECARGO		% DE SINIESTRALIDAD		% DE BONIFICACION	
	De 0% hasta 50%			0%	Con 0% de Siniestralidad			45%
	De 50.01% hasta 60%			10%	De 1% hasta 15%			30%
	De 60.01% hasta 70%			15%	De 15.01% hasta 30%			25%
	De 70.01% hasta 80%			20%	De 30.01% hasta 45%			20%
	De 80.01% hasta 90%			45%	De 45.01% hasta 50%			10%
	De 90.01% y +			70%	De 50.01% y +			0%

¿HAN TENIDO O TIENEN OTRAS POLIZAS DE ESTE TIPO : NO SI, DETALLE

NOMBRE DE LA ASEGURADORA	POLIZA NO.	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	SUMA ASEGURADA

¿HAN OCURRIDO SINIESTROS ANTERIORES A LOS BIENES QUE SE PRETENDE ASEGURAR: NO SI, DETALLE

FECHA SINIESTRO	MONTO DEL SINIESTRO	NOMBRE DE LA ASEGURADORA	POLIZA NO.

Declaro formalmente, mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy y que no he presumido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a la Empresa de Seguros para que suscriba la Póliza. Asimismo, me comprometo a tomar las medidas de precaución y de prevención oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar los bienes que deseo asegurar. Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la Póliza emitida por la Empresa de Seguro. Esta solicitud no obliga a la Empresa de Seguros a emitir la Póliza solicitada en mi condición de Tomador de la misma.

No obstante, si dicha Póliza fuera emitida y el recibo correspondiente pagado por mí, esta solicitud servirá de base para su otorgamiento y formara parte integrante de la misma. Igualmente declaro a través de esta Solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere la Ley sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas (Ley 8204 de la República de Costa Rica).

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

Seguros LAFISE está obligado a entregar al Asegurado la póliza o los adenda que se le adicionen, dentro de los diez días hábiles siguientes a la aceptación del riesgo o la modificación de la póliza.

Cuando Seguros LAFISE acepte un riesgo que revista una especial complejidad podrá entregar la póliza en un plazo mayor, previamente convenido con el Asegurado, siempre y cuando entregue un documento provisional de cobertura dentro de los diez días hábiles indicados.

Si Seguros LAFISE no entrega la póliza al Asegurado, será prueba suficiente para demostrar la existencia del contrato, el recibo de pago de la prima o el documento provisional de cobertura que estuviere en poder del Asegurado. De igual manera, se tendrán como Condiciones Generales acordadas, las contenidas en los modelos de póliza registrados por Seguros LAFISE en la Superintendencia para el mismo ramo y producto por el que se hubiere optado según los términos de la solicitud de seguro.

Seguros LAFISE tendrá la obligación de expedir, a solicitud y por cuenta del Asegurado, el duplicado de la póliza, así como las declaraciones rendidas en la propuesta o solicitud de seguro

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 xxxxxxxxxxxxxxxx de fecha xx de xxxxx de 2015.

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	LUGAR: _____
	Nombre: _____ Puesto: _____		FECHA: _____

Yo, _____, Número de Identificación: _____, hago constar que he recibido conforme, las Coberturas del Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual Umbrella Dólares de Seguros LAFISE Costa Rica S.A.. En caso de que la póliza sea aceptada, emitida y cobrada autorizo a Seguros LAFISE, me contacte para cualquier acción de seguimiento o a gestión de cobro en el caso de existir atraso en el cumplimiento de pago.

Firma del solicitante:

USO EXCLUSIVO DE OCEÁNICA	TRAMITADO POR:	FECHA:	ACEPTADO/AUTORIZADO POR:	FECHA: