RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL UMBRELLA (Colones)



SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO Este formulario podra ser confeccionado a máquina o por cualquier medio electrónico, así como tambien podra ser llenado a mano, con letra de Imprenta legible y sin tachaduras. Datos del Contratante (Persona Jurídica) Razon Social de la Empresa: Actividad Economica: Direccion de la Empresa: Cantón y distrito Pais y provincia: Otras señas especificas Email y fax: Apto. Postal: Teléfono fijo y celular F() Nombre del Representante Legal: Sexo: M () No. Pasaporte: No. de identificación: Nacionalidad: Numero y Registro de Cedula de Residencia: Fax o Correo Electronico: Teléfono fijo y/o movil: Profesión y/o ocupación: Fecha y lugar de Nacimiento (indique el país) Dirección de Domicilio Pais y provincia: Cantón y distrito Otras señas específicas Datos del Contratante (Persona Natural) Nombre Completo: Fecha de vencimiento No. de identificación Sexo y Estado Civil M () F() Nacionalidad (es) Teléfono fijo y celular Emall y fax: Profesión y ocupación Fecha y lugar de Nacimiento (Indique el país) Dirección de Domicilio Cantón y distrito Pals y provincia: Otras señas especificas Información laboral Nombre de la empresa y/o negocio Trabaja en lo propio No () Cantón y distrito Pais y provincia: Otras señas especificas Ingreso mensual Cargo que desempeña Email y fax: Teléfono Particularidades del Seguro Dia Fecha de Solicitud Cotización () Renovacion (Endoso o Mod. () Si Endoso: No. de Poliza Actual) Tipo de trámite Forma de () Colones Anual () Semestral () Trimestral () Mensual () Moneda: pago: Semestral Trimestral Mensual Forma de Pago: Anual Recargo por Fraccionamiento de prima, 2 12 Numero de Cuotas: 1 segun forma de pago. 8% 11% 13% Porcentaje de Recargo: 0%

Applied and Dido

Emisor.

() Cargo automático a Tarjeta No. De tarjeta

) Aseguramiento por cuenta propia

) Aseguramiento por cuenta de un tercero

) Pago directo del Asegurado

Conducto de cobro

Aseguramiento

Existe alguna póliza de R.C. Umbrella vigente con otra aseguradora para esta propiedad			() Si	Si la respuesta es Aseguradora afirmativa, favor indicar					
Que tipo de Responsabilidad Civil Umbrella tiene asegurad		() No	AND THE PROPERTY OF THE PROPER	No. Póliza		Vigencia de Poliza			
Que tipo de Responsabilidad Civil U	mbrella tier	e asegurad	ia:						
			Empresa a ser Asegurada						
Tipo de Empresa			Giro de Negocio			Ubicación			
Direccion de la Ubicacion del Local:									
Provincia			Cantón				Distrito		
Cludad	Barrio / Calle					No.			
Otras señas:									
Interés asegurable del solicitante	() Propie (´) Usufru	tario cturario	() Acreed	same Sill Sill same	rio				
	Inform	nacion de	Polizas co	on Coberturas de Re	sponsabili	dad Ch	vit		
				Tipo de R.C.		Monto maximo a Vigencia di		Vigencia de Poliza	
No. de Polizas Primarias Linea de Seg		uio	Tipo de tac	ripo de R.C.		Indemnizar Vigence			
	le:	formacion	de Poliza	s Primarias, de Rest	osabilidad	CIVII			
No. de Polizas Primarias				de Polizas Primarias de Resposabilida e R.C. Monto maximo a Indemnizar			Vigencia de Poliza		
••									
** En caso la poliza primaria sea de automovi	l favor indicar	el numero de	vehiculos:						
** En caso la poliza primaria sea de Equipo Co									
Detalle de cobert				rtura, monto asegurado y limite de parti					
Cobertura			Monto /	Monto Asegurado en exceso Recargos p de Seg			Limite de Participacion	Prima	
Responsabilidad Civil Extracontractual Umbrella									
			Lim	ites de Participación					
			Monto Asegurado Límite do						
Ø 500.000 Ø1.000.00		Desde	Hasta	Participac	ón				
			Ø1.000.000.000	Ø10.00 Ø15.00					
4 1.500.000		0.001	Ø2.000.000.000	@ 20,000.000					
展到 100 000 000 000 000 000	ALMANA .	MAN HE		HAM SHIPP STREET					
				iesgos cubiertos para es					
La póliza de Responsabilidad Civil E los montos máximos contratados pa	Extracontrac ara dichas F	tual Umbre lesponsabi	illa, ampara l lidades y has	os riesgos cubiertos de ta los limites máximos a	las pólizas d Idquiridos po	e Respo r esta p	onsabilidad Civil prin oʻoʻliza	narias y en exceso de	
Por la presente solicito a SEGUROS LAF	0.00 mm	- C		TANK DELICION OF THE PERSON OF	and an income and the same			o la información básica de	
solicitante y de la actividad asegurada, asi	como la o las	coberturas re	queridas. Por k	o que, mediante la firma de e	sta solicitud, de	claro y co	onvengo formalmente qu	e la información que doy er	
este documento, es verídica y no he omitid póliza. Esta solicitud será la base en la c	rál se fundan	nentará SEGI	IROS LAFISE	para expedir cotización, y co	ualquier declara	ación fats	a o inexacta causara la	nulidad de la mencionada	
asimismo, la presente solicitud no implica entrará en vigor, hasta que SEGUROS La recibo de la prima respectiva, teniendo com	FISE acepte	por escrito la	presente solici	itud, expida cotizacion y esta	a sea aceptada	por el so	ir la cotizacion solicitada olicitante, SEGUROS LA	; por consiguiente, la polizi FISE emita la póliza, previd	
Este documento constituye ur	na solicitu	d de segu	ıro, por tan	ito, no representa ga	rantia algu	ına de	que la misma sei	rá aceptada por	
SEGUROS LAFISE; ni de que, El que suscribe autoriza a SEGUROS LA								olicitua.	
Nombre del Solicitante:				Firma:			Lugar y Fecha:		
		unia del da	manto de ld		a de reclanta	emislAr			
Este formulario deberá estar acompaña: SEGUROS LAFISE podra atestiguar la ve							es v firma del solicitan	te: v sa reserva el derecho	
SEGUROS LAFISE podra atestiguar la ve de realizar inspeccion previa a la emisio	n del contrat	o o inclusion	de nuevos ob	jetos a asegurar.	IOE GALDS	, un avenak	J mina dei sondian	Jan va a derschi	

Mil Catrido

British Tolking Inc.	TOTAL THE PARTY OF THE	Cottzacion	del Seguro	REPUBLICATION OF	州和汉东台湾	
Con base en la informacion Extracontractual Umbrella, S	otorgada y con la finalio SEGUROS LAFISE emi	dad de que el solicita te y presenta la cotiz	nte valore y ación respe	acepte el costo del ctiva:	Seguro de Resp	onsabilidad Civil
Prima de Cobertura solicitada		Observaciones:				
Bonificación y/o Descuento	_%					
Recargo%						
Sub - Total Prima			1			
Impuesto de ventas (13%)						
Total Prima Anual						
Recargo por fraccionamiento						
Prima fraccionada						
Para uso interno de SEGUROS I	AFISE					
Cotización Tramitada por:			Fecha		Firma:	
Cotización Aprobada por:			Fecha		Firma:	
Aprobación o Rechazo de Cotiz	ración			SECTION FROM	PART PER	- 12 14 2 20 20
Hago constar que he recibid Civil Extracontractual Umbre					a póliza de Segu	ro de Responsabilidad
	Aceptar ()			Rechazar ()	
Declaro estar conforme con solicitada; por lo que autoriz he leido y comprendido, por vigencia declarada.	to a SEGUROS LAFISE a	emitir la póliza resp	ectiva, confo	rme lo prescrito en l	as Condiciones (Generales, las cuales
Nombre del Solicitante:		Firma:			Lugar y Fecha:	
Nombre Intermediario:	n	Firma:			Clave:	
La documentación contrad Seguros de conformidad de el registro número **-**-***	con lo dispuesto por e					

Applial carrido'