|  |  |
| --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO DE RESPONSABILIDAD DE DIRECTORES Y OFICIALES (D y O)**  **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”.** | | | |
| **NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL** | | | | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | | | **N° IDENTIFICACIÓN** |
|  | | | |  | | |  |
| **DIRECCIÓN/ MEDIOS DE COMUNICACIÓN** | | | | | | | | |
| **Provincia:** | | **Cantón:** | | | **Distrito:** | | | |
| **Otras señas:** |  | | | | | | | |
| **Dirección Electrónica 1:** | | | **Dirección Electrónica 2:** | | | **Apartado Postal:** | | |
| **Número de teléfono 1:** | | | **Número de teléfono 2:** | | | **Número de celular:** | | |
| **DATOS DEL ASEGURADO (en caso de ser diferente al Tomador) (Cumplimentar en hojas adicionales de ser necesario)** | | | | | | | |
| **CLIENTE SEGUROS LAFISE  CLIENTE NUEVO** | | | | **Si es cliente nuevo o requiere actualizar la información, favor cumplimentar el formulario “Conozca a su Cliente”.** | | | |
| **NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL** | | | | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | | | **N° IDENTIFICACIÓN** |
|  | | | |  | | |  |
| **DIRECCIÓN/ MEDIOS DE COMUNICACIÓN** | | | | | | | | |
| **Provincia:** | | **Cantón:** | | | **Distrito:** | | | |
| **Otras señas:** |  | | | | | | | |
| **Dirección Electrónica 1:** | | | **Dirección Electrónica 2:** | | | **Apartado Postal:** | | |
| **Número de teléfono 1:** | | | **Número de teléfono 2:** | | | **Número de celular:** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO** | | | | | | | | |
| **Tipo de Actividad:** |  | | | | | | | |
| **Giro del Negocio:** |  | | | | | | | |
| **¿La sociedad pertenece a un Grupo Económico? Sí  No** | | | | **Nombre o razón social:** | | | | |
| **Dirección de la Casa Matriz:** | | | | |
| **N° de Ubicaciones: \_\_\_\_\_** | | | **N° de puntos de venta: \_\_\_\_\_** | |
| **Volumen de ventas anuales en $USD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | **¿Desde hace cuánto realiza negocios ininterrumpidamente? \_\_\_\_\_** | | | | |
| **Ubicación:** | **Provincia:** | | **Cantón:** | | | **Distrito:** | | |
| **Ciudad:** | | **Otras señas:** | | | | | |
| **Describa las actividades de sus filiales o subsidiarias en caso de que aplique:** | | |  | | | | | |
| **Enlistar las sociedades o personas físicas que posean al menos el 10% de cualquier clase de acciones de la Compañía o del patrimonio, identidad y porcentaje en cada caso** | | | **Nombre de la sociedad** | | | **Porcentaje de participación** | | |
|  | | |  | | |
| **Total y tipo de acciones en poder directa o indirectamente de los miembros de Junta Directiva, Ejecutivos Principales y Administradores. Anexar con el siguiente detalle: Nombre, cargo, tiempo de servicio y porcentaje.** | | |  | | | | | |
| **N° de trabajadores a tiempo completo: \_\_\_\_\_** | | **N° de trabajadores a tiempo parcial: \_\_\_\_\_** | | | **N° de trabajadores despedidos en los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_\_** | | | |
| **DECLARACIONES SOBRE EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD DE DIRECTORES Y OFICIALES** | | | | | | | | |
| **¿Es una entidad privada, registrada en Costa Rica con activos totales no mayores a US $25,000,000.00?** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Tiene activos, subsidiarias, filiales u operaciones en EEUU o Canadá? En caso afirmativo, brindar detalles sobra cantidad de activos, o porcentaje de acciones en las subsidiarias o filiales** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Se encuentran desempeñando actividades en alguno de los siguientes sectores: Tecnología, farmacéutica, biotecnología, telecomunicaciones, gas y petróleo, instituciones financieras, líneas aéreas, manufactura de computadoras, medio ambiente, eliminación de residuos, parques de diversión, hoteles todo incluido, lotería, casino, operadores de juego, operadores de carreras, manufactura de tabaco, diseñadores de páginas de internet y programas de computadora, compañías de seguro y reaseguro, corredores de seguro y reaseguro?** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **Cotizan en Bolsa de Valores o tienen la intención de hacer una oferta pública en los próximos 12 meses** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **De acuerdo con sus Estados Financieros se encuentra en estado de insolvencia, quiebra o incumpliendo con sus obligaciones contractuales de deuda o que dicha situación pueda ocurrir en los próximos 12 meses** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **De acuerdo con sus Estados Financieros del último año fiscal hay resultados positivos que incluyan ganancias de la compañía y que según auditorías recientes no haya ningún señalamiento material** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **La compañía lleva dos (2) años o más continuos realizando negocios** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **Ha sido parte de una fusión, adquisición o venta en los últimos dos (2) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **Como solicitante o alguna de sus subsidiarias o filiales, han tenido alguna reclamación o conocimiento de algún evento que pudiera dar con una reclamación contra uno de los directores, administradores u oficiales de la compañía** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **En los últimos cinco (5) años, la Compañía ha cambiado su estructura por medio de una fusión, de una adquisición, de la liquidación o la venta de una filial** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Se ha cambiado el nombre de la Compañía en los últimos cinco (5) años?** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **Se ha cambiado la estructura de capital de la Compañía, o su importe, los derechos de voto, o el accionario, en los últimos cinco (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **La Compañía ha cambiado la composición o el funcionamiento del consejo de administración o del órgano de administración correspondiente, en los últimos (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **Se ha tenido conocimiento de un proyecto de cambio de estructura, derecho de voto o accionario del grupo en los últimos cinco (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **Se ha dejado de cumplir con deudas, convenios o créditos, en los últimos cinco (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **La Compañía o sus subsidiarias, han estado involucradas en un litigio sobre patentes, derechos de marca o prácticas monopolísticas, en los últimos cinco (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **La Compañía ha estado involucrada en litigios en la vía civil, penal o administrativa por violaciones a cualquier Ley en materia de prácticas comerciales, en los últimos cinco (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **La Compañía ha estado involucrada en litigios en la vía civil, penal o administrativa por violaciones a cualquier Ley en materia de valores, en los últimos cinco (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **La Compañía ha estado involucrada en cualquier otro tipo de litigio, en los últimos cinco (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **Se ha recibido algún tipo de acusación por parte de un accionista, en los últimos cinco (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **Existe alguna subsidiaria o filial de la solicitante alguna adquisición o fusión pendiente o bajo consideración, en los últimos cinco (5) años** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **Ha habido en los últimos cinco años o hay alguna reclamación pendiente en contra de cualquier persona a ser amparada por este seguro, como consecuencia de sus responsabilidades como miembro de la Junta Directiva, Dignatario o Ejecutivo Principal de la Compañía** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Algún miembro de la Junta Directiva, Dignatario o Ejecutivo Principal de la Compañía o sus subsidiarias tiene conocimiento o información acerca de algún acto, error u omisión que pudiera dar lugar a una reclamación bajo la póliza? En caso afirmativo anexar detalles.** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Tiene contemplado la compañía el despido de trabajadores en los próximos 12 meses?** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Ha estado la Compañía involucrada en un litigio sobre reclamaciones laborales durante los últimos cinco (5) años?** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Ha recibido la compañía una demanda por despido injustificado?** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Ha recibido la compañía una demanda por hostigamiento sexual o discriminación de cualquier índole?** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Tiene la compañía un departamento de recursos humanos?** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Tiene la compañía un manual de trabajadores?** | | | | | | | | **Sí  No** |
| **¿Tiene políticas definidas y en contra del hostigamiento sexual o de cualquier otro tipo?** | | | | | | | | **Sí  No** |

|  |
| --- |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** |
| **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELECCIÓN OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES** | | | | |
| **Moneda contratada:** | Colones  Dólares | **Forma de Pago de la Prima:** | Anual  Semestral  Trimestral  Mensual |
| **DETALLE DE COBERTURAS Y MONTOS ASEGURADOS** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **MONTO ASEGURADO** |
| **COBERTURAS BÁSICAS**   * Protección de Directores y Administradores * Reembolso a la Compañía * Gastos de Defensa | **(✓)** |  |
| **EXTENSIONES DE COBERTURA (OPCIONALES)**   * Herederos legales | **( )** |  |
| * Cónyuge o compañero en unión de hecho | **( )** |  |
| * Gastos de Reparación de Imagen y Reputación | **( )** |  |
| * Cargos en Entidades Sin Fines de Lucro | **( )** |  |
| * Gastos de Defensa en investigaciones formales iniciadas contra los Asegurados o en los asuntos de la Compañía | **( )** |  |
| * Prácticas Laborales | **( )** |  |
| * Representación de Directores en Otras Sociedades | **( )** |  |
| * Violación a ordenamientos jurídicos por Actos Erróneos | **( )** |  |
| * Gastos de Emergencia | **( )** |  |
| * Inhibición general de bienes | **( )** |  |
| * Abogados Internos y Contadores Internos | **( )** |  |
| * Trabajador de la Compañía | **( )** |  |
| * Seguridad e Higiene | **( )** |  |
| * Asegurados retirados | **( )** |  |
| * Gastos de Extradición | **( )** |  |
| * Gastos de Manejo de Crisis de Personal | **( )** |  |
| * Gastos de Relaciones Públicas | **( )** |  |
| * Nueva Sociedad Relacionada, Subsidiaria, o Entidad sin Fines de Lucro | **( )** |  |
| * Cobertura automática para Subsidiarias o Filiales anteriores | **( )** |  |
| * Límite adicional para Directores Independientes | **( )** |  |
| * Gastos legales por contaminación | **( )** |  |
| * Daño financiero por Contaminación | **( )** |  |
| * Reclamos de Accionistas por Contaminación | **( )** |  |
| * Límite adicional individual en exceso para Directores y/o Ejecutivos Nominados | **( )** |  |
| * Apoderados y Representantes Legales | **( )** |  |
| * Director de Hecho | **( )** |  |
| * Adquisición corporativa de subsidiarias por la Gerencia | **( )** |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODO DE PAGO** | | |
| Cargo a tarjeta | | 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 se establezcan en las Condiciones Particulares, así como en la siguiente renovación automática salvo instrucción previa en contrario. | | |
| **PLURALIDAD DE SEGUROS** | ¿Existe alguna póliza vigente con otra aseguradora que ampare la Responsabilidad de Directores y Oficiales? Sí No  Si la respuesta es afirmativa, favor indicar: Aseguradora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de póliza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vigencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| **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 del Seguro de Responsabilidad de Directores y Oficiales (D y O).  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 GXX-XX-A14-XXX, de fecha XX de XXXX de 2020.** |