|  |  |
| --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO DE CAUCIÓN**  **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** | | | **APELLIDOS** | | | | | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | | | | **N° IDENTIFICACIÓN** | | | **Género** | | | | **FECHA DE NACIMIENTO** |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | | | Femenino Masculino | | | |  |
| **Profesión** | | | | | | | **Trabaja en lo propio ( ) Si ( ) No** | | | | | | | | | **Nombre de Empresa donde trabaja:** | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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° IDENTIFICACIÓN** |
| **Persona Física**  **Persona Jurídica** | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  |
| **PERSONAS FÍSICAS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Género:** Femenino Masculino | | | | | **FECHA DE NACIMIENTO:** | | | | **Profesión** | | | | | **Trabaja en lo propio**  **Si** **No** | | | | **Nombre de Empresa donde trabaja:** | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| **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 DE LA OBLIGACIÓN A ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE OBLIGACIÓN** | | **Contractual**  **Legal**  **Judicial** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PLAZO DE VIGENCIA DE LA OBLIGACIÓN** | | **DESDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HASTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMA DE PAGO O CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN** | |  | | | | | | | | | **FECHA DE PAGO O CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN** | | | | | |  | | | | |
| **ACREEDOR DE LA OBLIGACIÓN** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **BENEFICIARIOS** |
| **Se tendrá como único beneficiario de este seguro a las personas descritas como aseguradas en la sección de “Datos del Asegurado” de la presente solicitud de seguro.** |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** |
| **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELECCIÓN OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES** | | | | | | | | | | | |
| **Moneda contratada:** | Colones | | | | | Dólares | | | | |
| **Forma de Pago de la Prima:** | | | **Recargo por fraccionamiento** | | **Forma de Pago de la Prima:** | | **Recargo por fraccionamiento** | | |
| Anual  Trimestral  Mensual | | | 4%  6%  8% | | Anual  Trimestral  Mensual | | 2%  3%  4% | | |
| **DETALLE DE COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS, DEDUCIBLES Y PRIMAS** | | | | | | | | | | | |
|  | | | **DEDUCIBLE** | | | | **SUMA ASEGURADA (Límite máximo de responsabilidad)** | | |
| **COBERTURA BÁSICA Y ÚNICA**   1. **Incumplimiento de la Obligación Garantizada** | |  | No aplica | | | | |  | | --- | | **₵** | | | |  | | --- | | **US$** | |
| **MODALIDADES DE CAUCIÓN A CONTRATAR** | | | | | | | | | |
| 1. **CAUCIÓN DIRECTA**   **A.1 Plazo definido**  **A.2 Plazo indefinido**   1. **CAUCIÓN INDIRECTA O ABIERTA** | | | | | | | | | |
| **TIPO DE GARANTÍA REQUERIDA** | | | | | | | | | |
| 1. **Garantía Contractual de Contrato**   **Garantía de Participación**  **Garantía de Cumplimiento**  **Garantía de Mantenimiento**   1. **Garantía de Pago ( )**   **Garantías Aduaneras**  **Garantías Judiciales**   1. **Garantía Financiera** 2. **Otro tipo de Garantía**   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **CLASES DE CERTIFICADOS DE GARANTÍA** | | | | | | | | | |
| **Condicionado** | | | | | **Irrevocable y a primer requerimiento** | | | | |

|  |
| --- |
| **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. | |
| **PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICTUD** | |
| La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos 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 la 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. | |
| **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 Caución.  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 G08-07-A14-XXX, de fecha XX de XXXX de 2018.** | |