

NOTA: Esta solicitud de seguro 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:	N° de Póliza:
--------	--------	---------------

DATOS DEL TOMADOR (SOLICITANTE)

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:		N° IDENTIFICACIÓN:	
LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):	NACIONALIDAD:	EDAD:	SEXO:
		AÑOS: MESES:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Dirección de Domicilio para Notificaciones:	País:	Provincia:	Cantón:
	Distrito:		
	Otras señas:		
	Dirección Electrónica 1:	Dirección Electrónica 2:	Apartado Postal:
	Número de teléfono:	Número de celular:	Número de celular:

DATOS DEL ASEGURADO (Solo en caso de que sea diferente al Tomador)

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:		N° IDENTIFICACIÓN:	
LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):	NACIONALIDAD:	EDAD:	SEXO:
		AÑOS: MESES:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Dirección de Domicilio para Notificaciones:	País:	Provincia:	Cantón:
	Distrito:		
	Otras señas:		
	Dirección Electrónica 1:	Dirección Electrónica 2:	Apartado Postal:
	Número de teléfono:	Número de celular:	Número de celular:

CONDUCTOR DESIGNADO

NOMBRE:	CÉDULA:
---------	---------

DATOS DEL ACREEDOR

NOMBRE	N° DE IDENTIFICACIÓN	REPRESENTANTE LEGAL	GRADO DE ACREENCIA	MONTO DE LA ACREECIA

VEHÍCULO A ASEGURAR

DATOS DEL VEHÍCULO A ASEGURAR (OBJETO SOLICITADO A ASEGURAR)

PLACA	MARCA	MODELO	SERIE	AÑO	COLOR	PINTURA NORMAL METÁLICA
N° MOTOR			N° CHASIS O VIN			
CILINDRADA	CUBICAJE	PESO BRUTO	CAPACIDAD	COMBUSTIBLE		
				<input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="checkbox"/> Diesel	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Electricidad

INTERÉS ASEGURABLE DEL SOLICITANTE SOBRE EL VEHÍCULO A ASEGURAR	<input type="checkbox"/> Propietario registral	<input type="checkbox"/> Acreedor prendario	<input type="checkbox"/> Arrendatario
	<input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos del propietario	<input type="checkbox"/> Comodatario	<input type="checkbox"/> Otro

VALOR ASEGURADO:	*¢	*\$	*Valor de mercado
------------------	----	-----	-------------------

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO	Clase de vehículo (sedán, pick-up, station wagon, microbús, otro):			
	Uso del Vehículo (Tipo de Riesgo)	<input type="checkbox"/> Particulares	<input type="checkbox"/> Particulares para uso de pasajeros	<input type="checkbox"/> Servicio Publico
		<input type="checkbox"/> Carga Liviana	<input type="checkbox"/> Carga Semi - Pesada y Pesada	<input type="checkbox"/> Motocicletas y afines

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

VIGENCIA:	Desde	hasta
------------------	--------------	--------------

ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES

FORMA DE PAGO	Periodicidad	Recargo Financiero		Número de cuotas
		Colones	Dólares	
	<input type="checkbox"/> Anual		No aplica	No aplica
<input type="checkbox"/> Semestral		4%	2%	2
<input type="checkbox"/> Trimestral		6%	3%	4
<input type="checkbox"/> Mensual		8%	4%	12

DETALLE DE COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS Y DEDUCIBLES SOLICITADOS Y PRIMAS

De acuerdo con cotización N° de fecha

Plan de Deducibles: Aplica para las coberturas "B", "C", "D", " F", "G" y " L"

No aplica:

- "A", "E", "K", "M", "N" No tienen deducible.
- Cobertura "H" con un deducible único del 15% sobre la pérdida.

- Coaseguro del 15% y por cada pérdida, mínimo de ₡100.000.00 / US\$ 200.00
- Coaseguro del 20% y por cada pérdida, mínimo de ₡100.000.00 / US\$ 200.00
- Coaseguro del 25% y por cada pérdida, mínimo de ₡100.000.00 / US\$ 200.00
- Deducible del 15% y por cada pérdida, mínimo de ₡150.000.00 / US\$ 300.00
- Deducible del 15% y por cada pérdida, mínimo de ₡250.000.00 / US\$500.00
- Deducible del 25% y por cada pérdida, mínimo de ₡300.000.00 / US\$ 600.00
- Un deducible del 2% del valor asegurado del vehículo y por cada pérdida, mínimo de ₡400.000.00 / US\$ 800.00
- Un deducible del 4% del valor asegurado del vehículo y por cada pérdida, mínimo de ₡400.000.00 / US\$ 800.00
- Deducible fijo de ₡300.000.00 / US\$ 600.00
- Deducible fijo de ₡325.000.00 / US\$ 700.00
- Deducible fijo de ₡400.000.00 / US\$ 800.00
- Deducible fijo de ₡500.000.00 / US\$ 1.000.00
- Deducible fijo de ₡1.000.000.00 / US\$ 2.000.00
- Deducible fijo de ₡1.500.000.00 / US\$ 3.000.00

Para la Cobertura B. Si la propiedad afectada corresponde a un **familiar del Asegurado**, hasta el tercer grado de afinidad o consanguinidad, o cuando el conductor del vehículo sea con edad menor de los 25 años, o cuando, el conductor realiza el examen práctico de manejo para la obtención de la Licencia de Conducir, los deducibles mínimos o fijos se duplicarán.

En caso de que el Automóvil Asegurado fuere conducido al momento del siniestro, por una persona sin licencia de conducir, pero con el debido Permiso temporal de conducir emitido por el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, se aplicará un mínimo del 20% sobre la pérdida, con excepción de aquellos casos en que el asegurado o tomador haya seleccionado el deducible del 25% por cada pérdida.

Coberturas C, F y G. Cuando el conductor del vehículo sea con edad menor de los 25 años, los deducibles mínimos o fijos se duplicarán.

Para efectos de Robo Parcial, únicamente operara un deducible del 20% del valor de la pérdida, con los mínimos establecidos.

Para efectos de Robo Total, aplican los deducibles expuestos.

COBERTURAS (Marque con una X las coberturas solicitadas)	Monto Asegurado	
	COLONES	DÓLARES
<input type="checkbox"/> A. Responsabilidad civil extracontractual por Lesión y/o Muerte de Personas	<input type="checkbox"/> ₡ 100.000.000,00	<input type="checkbox"/> USD 200.000,00
	<input type="checkbox"/> ₡ 200.000.000,00	<input type="checkbox"/> USD 400.000,00
	<input type="checkbox"/> ₡ 300.000.000,00	<input type="checkbox"/> USD 600.000,00
	<input type="checkbox"/> ₡ 400.000.000,00	<input type="checkbox"/> USD 800.000,00
<input type="checkbox"/> B. Responsabilidad civil extracontractual por danos a la propiedad privada de terceras Personas	<input type="checkbox"/> ₡ 30.000.000,00	<input type="checkbox"/> USD 60.000,00
	<input type="checkbox"/> ₡ 40.000.000,00	<input type="checkbox"/> USD 80.000,00
	<input type="checkbox"/> ₡ 50.000.000,00	<input type="checkbox"/> USD 100.000,00
	<input type="checkbox"/> ₡ 100.000.000,00	<input type="checkbox"/> USD 200.000,00

Número de Tarjeta:	<input type="checkbox"/> Otros (especificar):
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.

DETALLE LAS PÓLIZAS QUE HA TENIDO (O TIENE) SOBRE EL VEHÍCULO A ASEGURAR

Incluye nombre de la aseguradora, vigencia, número de póliza y suma asegurada:

DETALLE SINIESTROS ANTERIORES SOBRE EL VEHÍCULO A ASEGURAR

Incluya fecha del evento, monto de la pérdida, nombre de la aseguradora y número de póliza:

Declaro formalmente, mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy es cierta 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 formará 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).

PROCESO DE ANÁLISIS (ACEPTACIÓN O RECHAZO) DE LA SOLICITUD

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos de Seguros LAFISE 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 Seguros LAFISE no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro 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.

Esta solicitud de seguro podrá ser de aceptación automática siempre que así haya sido advertido expresamente, y de manera previa, por Seguros Lafise.

ACEPTADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha:	Instancia/Departamento:
		Funcionario Autorizado:	

NOTA: El solicitante tiene derecho a recibir información sobre el estatus de la solicitud o bien solicitar reconsideración sobre una decisión disconforme, para lo cual podrá dirigirse al mismo funcionario y departamento que ha firmado este "Proceso de Análisis (aceptación o rechazo)". Las comunicaciones serán regidas por la cláusula de **Comunicaciones** establecida en Condiciones Generales.

Observaciones:

Consentimiento informado: Doy autorización para que Seguros Lafise pueda emplear los datos brindados, para enviar información de su póliza y productos de la compañía:

Firma

Identificación

Como Solicitante de este seguro, hago constar que he recibido conforme y previo al perfeccionamiento del contrato, la información sobre el contrato de seguros y la entidad aseguradora, así como las Condiciones Generales del Seguro Automóviles Individual de Seguros LAFISE Costa Rica S.A. En caso de que la póliza sea aceptada, emitida y cobrada autorizo a Seguros LAFISE Costa Rica S.A., 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:

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 G01-01-A14-715, de fecha 08 de Junio de 2017.

FIRMA Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR	EN CASO DE PERSONA JURÍDICA CARGO QUE OCUPA	FIRMA Y CÓDIGO DE INTERMEDIARIO