|  |  |
| --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO COLECTIVO DE AUTOMÓVILES LAFISE PLUS**  **SOLICITUD DE SEGURO (TOMADOR)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TOMADOR (SOLICITANTE)** | | | | | | | | |
| **CLIENTE SEGUROS LAFISE  CLIENTE NUEVO** | | **Si es cliente nuevo o requiere actualizar la información, favor cumplimentar la Debida Diligencia del Cliente.** | | | | | | |
| **NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:** | | | | | **N° IDENTIFICACIÓN:** | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | | | **N° IDENTIFICACIÓN** | | **NACIONALIDAD** | **GÉNERO** | | **EDAD** |
|  | | |  | |  | **F  M** | |  |
| **Dirección de Domicilio para Notificaciones:** | **Provincia:** | | | | **Cantón:** | **Distrito:** | | |
|  | | | |  |  | | |
| **Otras señas:** | | |  | | | | |
| **Correo electrónico:** | | | | **Celular:** | | **Teléfono:** | |
|  | | | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL OBJETO A ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO** | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DEL GRUPO ASEGURABLE** |  | | | | | | | | | | |
| **PLAZO DE VIGENCIA** | | | | | | | | | | | |
| **DESDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |
| **ELECCIÓN DE OPCIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES** | | | | | | | | | | | |
| **Modalidad de suma asegurada:** | | Valor de Mercado  Precio de adquisición (valor de factura)  Valor declarado/convenido | | | | | | | | | |
| **Modalidad de Contratación:** | | Contributiva  No Contributiva | | | | **Moneda:** | | | Dólares  Colones | | |
| **FORMA DE PAGO** | | **Periodicidad** | | | **Recargo Financiero** | | | | | | |
| **Colones** | | | | | **Dólares** | |
| Anual | | | No aplica | | | | | No aplica | |
| Semestral | | | No aplica | | | | | No aplica | |
| Trimestral | | | 6% | | | | | 3% | |
| Mensual | | | 8% | | | | | 4% | |
| **En caso de elegirse la modalidad no contributiva favor indicar:** | | | **Método de Pago** | | | | Pago Directo  Deducción de Planilla  Cargo a Tarjeta | | | | |
| **En caso de haberse elegido la opción de cargo a tarjeta favor indicar:** | | | | Titular de la Tarjeta: Número de Tarjeta:  Banco Emisor: Fecha de Vencimiento:  **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 DE COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS, DEDUCIBLES** | | | | | | | | | | | |
| **Coberturas Básicas** | | | | | | **Deducibles** | | | | | **Suma asegurada** |
| **A.** Responsabilidad civil extracontractual por Lesión y/o Muerte de Personas | | | | |  | No Aplica | | | | |  |
| **B.** Responsabilidad civil extracontractual por daños a la propiedad de terceras Personas | | | | |  | El asegurado puede elegir el deducible de acuerdo con las opciones del Art. 29.2 de las Condiciones Generales. | | | | |  |
| **C.** Colisión y/o vuelco | | | | |  | El asegurado puede elegir el deducible de acuerdo con las opciones del Art. 29.3 de las Condiciones Generales | | | | |  |
| **Coberturas Adicionales (Opcionales):** | | | | | | **Deducibles** | | | | | **Suma asegurada** |
| **D.** Responsabilidad Civil Extracontractual por Lesiones y/o Muerte de Personas y/o daños a la propiedad de Terceras personas. Límite Único Combinado (“LUC”) | | | | |  | Para los casos de lesión o muerte de terceras personas, no aplicará deducible. Para los casos de daños a la propiedad de terceros, aplican los deducibles de la cobertura B.  Si la indemnización se refiere a daños a la propiedad de terceros, operarán los deducibles de la Cobertura “B”. | | | | |  |
| E. Gastos Médicos por lesión y/o muerte de ocupantes del Vehículo Asegurado por Accidente | | | | |  | No Aplica | | | | |  |
| F. Robo y Hurto | | | | |  | El asegurado puede elegir el deducible de acuerdo con las opciones del art. 29.3 de las Condiciones Generales | | | | |  |
| **G.** Riesgos Adicionales | | | | |  | El asegurado puede elegir el deducible de acuerdo con las opciones del art. 29.3 de las Condiciones Generales | | | | |  |
| **H.** Equipo Especial | | | | |  | El asegurado puede elegir el deducible de acuerdo con las opciones del art. 29.3 de las Condiciones Generales | | | | |  |
| **I.** Extraterritorialidad | | | | |  | Serán los mismos establecidos en las coberturas de daño directo y responsabilidad civil de la póliza suscrita. | | | | | Será la establecida para las coberturas básicas de responsabilidad civil y colisión o vuelco |
| **J.** Deducible “Cero” | | | | |  | No Aplica | | | | |  |
| K. Asistencia en carretera | | | | |  | No Aplica | | | | | Serán los establecidos en el Anexo I - “Asistencia en carretera de Condiciones Generales |
| L. Responsabilidad civil extracontractual bajo los efectos del alcohol | | | | |  | Para los casos de lesión o muerte de terceras personas, no aplicará deducible.  Si la indemnización se refiere a daños a la propiedad de terceros, operarán los deducibles de la Cobertura “B”. | | | | |  |
| **M**. Auto Sustituto | | | | |  | No Aplica | | | | | 7 días  14 días  22 días |
| **N.** Servicios Dentales por Accidente Automovilístico | | | | |  | No Aplica | | | | | Será la establecida en la tabla de beneficios de dicha cobertura |
| **O.** Compensación de Deducible | | | | |  | No Aplica | | | | |  |
| **P.** Desempleo Involuntario | | | | |  | Una (1) cuota de la prima del seguro | | | | |  |
| **Q.** Rotura de Cristales | | | | |  | No Aplica | | | | |  |
| **R.** Gastos Funerarios por muerte de ocupantes del Vehículo Asegurado | | | | |  | No Aplica | | | | |  |
| **S.** Sustracción de efectos personales | | | | |  | No Aplica | | | | |  |
| **OTROS TEMAS** | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuenta con Seguro de Automóviles con otra compañía aseguradora?** Si  No | | | | | | | | | | | |
| **De ser afirmativa la respuesta favor indicar:** | | | | Nombre de Compañía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Póliza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vigencia del seguro: Desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Declaraciones:** Como solicitante de este Seguro declaro y acepto que:   1. La información y respuestas anteriores son completas y verídicas y que son la base para mi Póliza de seguro. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa eximirá a SEGUROS LAFISE del pago de reclamaciones. 2. Igualmente declaro que SEGUROS LAFISE ha puesto a mi disposición las cifras y documentos públicos que he solicitado, y que considero necesarios para determinar la capacidad financiera de la Compañía, experiencia y respaldo que le permitirán atender las obligaciones adquiridas en el “Seguro Colectivo de Automóviles Lafise Plus”, que pudiéramos suscribir en caso de ser aceptada esta solicitud por la Aseguradora. | | | | | | | | | | | |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO** | | | | | | | | | | | |
| Estimado cliente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales (Ley 8968) y normativa conexa, le informamos lo siguiente:  La información brindada por usted como parte del proceso de contratación de un seguro con SEGUROS LAFISE, será almacenada en una base de datos de carácter personal, con la finalidad de ofrecerle los servicios y coberturas adquiridos en el seguro. Adicionalmente, la información será utilizada en el ofrecimiento de beneficios adicionales, productos y cualquier otro servicio brindado por SEGUROS LAFISE.  SEGUROS LAFISE COSTA RICA S.A., entidad aseguradora con cédula jurídica 3-101-678807, será la destinataria de la información personal brindada por usted, la cual podrá ser consultada tanto por el personal de SEGUROS LAFISE, así como las personas con las que SEGUROS LAFISE mantenga algún tipo de relación comercial, y cuenten con autorización por parte de SEGUROS LAFISE, a quienes se les podrá transferir la información con los fines antes descritos. La información brindada por usted es facultativa, no obstante, en caso de oponerse, SEGUROS LAFISE se podría ver imposibilitado de brindarle algunos de los servicios contratados.  Como titular de los datos personales, SEGUROS LAFISE le brinda el derecho de acceso, verificación, rectificación o eliminación de los mismos.  Por último, las oficinas de SEGUROS LAFISE se ubican en San Pedro de Montes de Oca, 125 metros este de la Rotonda de La Hispanidad, frente a Funeraria Montesacro, Correo Electrónico: serviciosegurocr@lafise.com.  Con pleno conocimiento de los señalado anteriormente, brindo el consentimiento libre, específico, informado, inequívoco e individualizado, del tratamiento de mis datos personales. | | | | | | | | | | | |
| **PROCESO DE ANALISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD** | | | | | | | | | | | |
| La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por SEGUROS LAFISE dentro de un plazo máximo de treinta (30) 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 (2) 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. | | | | | | | | | | | |
| **INDICACIÓN 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 Colectivo de Automóviles Lafise Plus”.  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** | | | | | | | | **Firma y Código de Intermediario** | | | |
| **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-XXX, de fecha. XXXX.** | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO COLECTIVO DE AUTOMÓVILES LAFISE PLUS**  **SOLICITUD DE INCLUSIÓN (ASEGURADO)** |

|  |
| --- |
| **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 Colectiva:** | **Tomador:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL ASEGURADO (SOLICITANTE)** | | | | | | | | | | | |
| **CLIENTE SEGUROS LAFISE  CLIENTE NUEVO** | | **Si es cliente nuevo o requiere actualizar la información, favor cumplimentar la Debida Diligencia del Cliente.** | | | | | | | | | |
| **NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:** | | | | | | **N° IDENTIFICACIÓN:** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **Información complementaria en caso de Asegurado persona física:** | | | | | **NACIONALIDAD** | | **GÉNERO** | | | **EDAD** | |
|  | | | | |  | | **F  M** | | |  | |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL SOLICITANTE (En caso de personas jurídicas)** | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | | | **N° IDENTIFICACIÓN** | | | **NACIONALIDAD** | | **GÉNERO** | | | **EDAD** |
|  | | |  | | |  | | **F  M** | | |  |
| **Dirección de Domicilio para Notificaciones:** | **Provincia:** | | | | | **Cantón:** | | **Distrito:** | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |
| **Otras señas:** | | |  | | | | | | | |
| **Correo electrónico:** | | | | | **Celular:** | | | **Teléfono:** | | |
|  | | | | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL OBJETO A ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL VEHÍCULO A ASEGURAR (OBJETO SOLICITADO A ASEGURAR)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PLACA** | | **MARCA** | | **MODELO** | | **SERIE** | | | | **AÑO** | | **COLOR** | | **PINTURA**  \_\_NORMAL\_\_METÁLICA | |
| **Nº MOTOR** | | | | | | | | **Nº CHASIS O VIN** | | | | | | | |
| **CILINDRADA** | **CUBICAJE** | | **PESO BRUTO** | | **CAPACIDAD** | | **COMBUSTIBLE** | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | Gasolina | | Diesel | | Gas | | Alcohol | | Electricidad |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INTERÉS ASEGURABLE DEL SOLICITANTE SOBRE EL VEHÍCULO A ASEGURAR** | **Propietario registral** | **Acreedor prendario** | **Arrendatario** |
| **Comodatario** | **Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VALOR ASEGURADO:** | \*₡ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \*$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Valor de Mercado  Precio de adquisición (valor de factura)  Valor declarado |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO** | **Clase de vehículo (sedán, pick-up, station wagon, microbús, otro): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
|  | **Uso del Vehículo (Tipo de Riesgo)** | **Particulares** | **Particulares para uso de pasajeros** | **Servicio Publico** |
|  |  | **Carga Liviana** | **Carga Semi - Pesada y Pesada** | **Motocicletas y afines** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONDUCTOR DESIGNADO** | | | | | |
| **Nombre:** | | | **Identificación:** | | |
| **DATOS DEL ACREEDOR** | | | | | |
| **NOMBRE** | **N° DE IDENTIFICACIÓN** | **REPRESENTANTE LEGAL** | | **GRADO DE ACREENCIA** | **MONTO DE LA ACREENCIA** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

|  |
| --- |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** |
| **VIGENCIA: Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **ELECCIÓN OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES** |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **FORMA DE PAGO**  Aplica para modalidades contributivas | **Periodicidad** | **Recargo Financiero** | | | | **Colones** | | **Dólares** | | Anual | No aplica | | No aplica | | Semestral | No aplica | | No aplica | | Trimestral | 6% | | 3% | | Mensual | 8% | | 4% | | **Método de Pago** | | Pago Directo  Deducción de Planilla  Cargo a Tarjeta | | | **En caso de haberse elegido la opción de cargo a tarjeta favor indicar:** | | Titular de la Tarjeta: Número de Tarjeta:  Banco Emisor: Fecha de Vencimiento:  **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.** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elección de Coberturas y Sumas Asegurados** | | | |
| **Coberturas Básicas** | | **Suma asegurada** | **Deducible** |
| **A.** Responsabilidad civil extracontractual por Lesión y/o Muerte de Personas |  |  | No aplica |
| **B.** Responsabilidad civil extracontractual por danos a la propiedad de terceras Personas |  |  | Se aplica el deducible elegido de acuerdo con las opciones del Art. 29.2 de las Condiciones Generales |
| **C.** Colisión y/o vuelco |  |  | Se aplica el deducible elegido de acuerdo con las opciones del Art. 29.3 de las Condiciones Generales |
| **Coberturas Adicionales (Opcionales):** | | **Suma asegurada** | **Deducible** |
| **D.** Responsabilidad Civil Extracontractual por Lesiones y/o Muerte de Personas y/o daños a la propiedad de Terceras personas. Límite Único Combinado (“LUC”) |  |  | Para los casos de lesión o muerte de terceras personas, no aplicará deducible. Si la indemnización se refiere a daños a la propiedad de terceros, operarán los deducibles de la Cobertura “B” |
| E. Gastos Médicos por lesión y/o muerte de ocupantes del Vehículo Asegurado por Accidente |  |  | No aplica |
| F. Robo y/o Hurto |  |  | Se aplica el deducible elegido de acuerdo con las opciones del Art. 29.3 de las Condiciones Generales |
| **G.** Riesgos Adicionales |  |  | Se aplica el deducible elegido de acuerdo con las opciones del Art. 29.3 de las Condiciones Generales |
| **H.** Equipo Especial |  |  | Se aplica el deducible elegido de acuerdo con las opciones del Art. 29.3 de las Condiciones Generales |
| **I.** Extraterritorialidad |  | Será la establecida para las coberturas básicas de responsabilidad civil y daño directo | Serán los mismos establecidos para las coberturas básicas de responsabilidad civil y daño directo |
| **J.** Deducible “Cero” |  |  | No aplica |
| K. Asistencia en carretera |  | Serán los establecidos en el Anexo I - “Asistencia en carretera de Condiciones Generales | No aplica |
| L. Responsabilidad civil extracontractual bajo los efectos del alcohol |  |  | Para los casos de lesión o muerte de terceras personas, no aplicará deducible. Si la indemnización se refiere a daños a la propiedad de terceros, operarán los deducibles de la Cobertura “B” |
| **M**. Auto Sustituto |  | 7 días  14 días  22 días | No aplica |
| **N.** Servicios Dentales por Accidente Automovilístico |  | Será la establecida en la tabla de beneficios de dicha cobertura | No aplica |
| **O.** Compensación de Deducible |  |  | No aplica |
| **P.** Desempleo Involuntario |  |  | Una (1) cuota de la prima del seguro |
| **Q.** Rotura de Cristales |  |  | No aplica |
| **R.** Gastos Funerarios por muerte de ocupantes del Vehículo Asegurado |  |  | No aplica |
| **S.** Sustracción de efectos personales |  |  | No aplica |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*DETALLE EQUIPO ESPECIAL A ASEGURAR:** | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN** | **CANTIDAD** | **MARCA** | **MODELO/SERIE** | **SUMA ASEGURADA** | **PRIMA ADICIONAL** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTALES:** | | | | | |
| **N**ota: La suma asegurada de la **Cobertura** **H.** Equipo especial será el total del valor individual multiplicado por la cantidad de cada ítem. | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OTROS TEMAS** | | |
| **¿Cuenta con Seguro de Automóviles con otra compañía aseguradora?** Si  No | |
| **De ser afirmativa la respuesta favor indicar:** | Nombre de Compañía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Póliza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vigencia del seguro: Desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Declaraciones:** Como solicitante de este Seguro declaro y acepto que:   1. La información y respuestas anteriores son completas y verídicas y que son la base para mi Póliza de seguro. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa eximirá a SEGUROS LAFISE del pago de reclamaciones. 2. Igualmente declaro que SEGUROS LAFISE ha puesto a mi disposición las cifras y documentos públicos que he solicitado, y que considero necesarios para determinar la capacidad financiera de la Compañía, experiencia y respaldo que le permitirán atender las obligaciones adquiridas en el “Seguro Colectivo de Automóviles Lafise Plus”, que pudiéramos suscribir en caso de ser aceptada esta solicitud por la Aseguradora. |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO** |
| Estimado cliente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales (Ley 8968) y normativa conexa, le informamos lo siguiente:  La información brindada por usted como parte del proceso de contratación de un seguro con SEGUROS LAFISE, será almacenada en una base de datos de carácter personal, con la finalidad de ofrecerle los servicios y coberturas adquiridos en el seguro. Adicionalmente, la información será utilizada en el ofrecimiento de beneficios adicionales, productos y cualquier otro servicio brindado por SEGUROS LAFISE.  SEGUROS LAFISE COSTA RICA S.A., entidad aseguradora con cédula jurídica 3-101-678807, será la destinataria de la información personal brindada por usted, la cual podrá ser consultada tanto por el personal de SEGUROS LAFISE, así como las personas con las que SEGUROS LAFISE mantenga algún tipo de relación comercial, y cuenten con autorización por parte de SEGUROS LAFISE, a quienes se les podrá transferir la información con los fines antes descritos. La información brindada por usted es facultativa, no obstante, en caso de oponerse, SEGUROS LAFISE se podría ver imposibilitado de brindarle algunos de los servicios contratados.  Como titular de los datos personales, SEGUROS LAFISE le brinda el derecho de acceso, verificación, rectificación o eliminación de los mismos.  Por último, las oficinas de SEGUROS LAFISE se ubican en San Pedro de Montes de Oca, 125 metros este de la Rotonda de La Hispanidad, frente a Funeraria Montesacro, Correo Electrónico: serviciosegurocr@lafise.com.  Con pleno conocimiento de los señalado anteriormente, brindo el consentimiento libre, específico, informado, inequívoco e individualizado, del tratamiento de mis datos personales. |

|  |
| --- |
| **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. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICACIÓN 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 Colectivo de Automóviles Lafise Plus”.  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** | **Firma y Código de Intermediario** |
| **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-XXX, de fecha. XXXX.** | |