|  |  |
| --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO DISTURBIOS CIVILES, TERRORISMO Y GUERRA****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 (en caso de ser diferente al Tomador)** |
| **[ ]  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 DE LA UBICACIÓN QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO** |
| **Ubicación Asegurable** |
| **TIPO DE UBICACIÓN ASEGURABLE** | **Casa o local Independiente ( )** | **# de Plantas\_\_\_\_\_\_\_** | **UBICACIÓN****Ciudad ( )****Montaña ( )****Playa ( )****Campo ( )****Otro (…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Edificio** | **# de Plantas\_\_\_\_\_\_\_** |
| **En Condominio Horizontal ( )** |  |
| **En Condominio Vertical (...)** | **Planta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Otro (…)** | **Describir:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año de Construcción:** | **Área Construida:** | **Interés Asegurable del solicitante sobre el inmueble a asegurar:** | **( ) Propietario Registral** | **( ) Depositario** |
| **( ) Usufructuario** | **( ) Arrendatario** |
| **( )Acreedor** | **( ) Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Colindantes:** |
| **Dirección del bien asegurable:** |
| **Provincia:** | **Cantón:** | **Distrito:** | **Cuidad** | **Casa o local #:**  |
| **Otras señas** |  |
| **Obras Complementarias** | **Tapias\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Piscinas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Muros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Otras\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Bien Ocupada por:** | **Propietario ( ) Inquilino ( )** | **En caso de ser ocupada por inquilino indicar nombre y dirección del propietario** |
|  |
| **Listado y descripción de las Áreas Restringidas que forman parte de la Ubicación Asegurable:** |  |
| **BIENES QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DE LA UBICACIÓN ASEGURABLE:** |
| **Descripción de los bienes:** |  |
| **Mediante adendum a esta solicitud de seguro se deberá aportar a SEGUROS LAFISE un listado de los bienes que se encuentran dentro de la ubicación asegurable, su valor y su estado.**  |
| **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS** |
| **Acreedores** |
| **Acreedor** | **No. de identificación** | **Grado de Acreencia** | **Monto de la Acreencia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** |
| **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DEDUCIBLE** | **MONTO ASEGURADO** |
| **COBERTURA BÁSICA**A- Daño directo a la propiedad | **(✓)** | [incluir]% sobre la pérdida con un mínimo de [incluir]. |

|  |
| --- |
| **US$**  |

 |
| **COBERTURAS OPCIONALES** |  |  |  **US$**  |
| B- Guerra, Invasión y Actos Hostiles o Enemigos Extranjeros. | **( )** | [incluir]% sobre la pérdida con un mínimo de [incluir]. |

|  |
| --- |
| **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** |
| **¿Mantiene actualmente algún seguro de Disturbios Civiles, Terrorismo y Guerra con otra empresa aseguradora? Si No** |
| **En caso de ser una respuesta afirmativa por favor indicar:** | 1. Entidad Aseguradora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Número de Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Período de 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 o bien dirigiéndose a nuestra 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 Disturbios Civiles, Terrorismo y Guerra. 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 G07-49-A14-XXX, de fecha XX de XXXX de 2018.** |