

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)

<input type="checkbox"/> CLIENTE SEGUROS LAFISE		<input type="checkbox"/> 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° DE IDENTIFICACIÓN
Persona Física <input type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/>					
Solo en caso de Persona Física:		Fecha de Nacimiento:	Profesión:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Empresa donde labora:
Medios para Notificaciones:		Provincia:	Cantón:	Distrito:	Otras señas:
		Correo electrónico:	Número de celular:	Número de teléfono:	

DATOS DEL BIEN QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Datos de la propiedad	Provincia:	Cantón:	Distrito:	Otras señas:	Número de inmuebles que conforman la propiedad:
	No. de folio real	No. de finca filial:		Año de construcción:	Área construida:
	Tipo de Edificación o construcción:	<input type="checkbox"/> Condominio: Horizontal () Vertical (...)		<input type="checkbox"/> Residencial Número de casas: Extensión aproximada de las mismas:	<input type="checkbox"/> Otro

Observaciones: _____

Detalle de Colindantes: _____

Medidas de seguridad: (en caso de ser Condominio)

Rociadores automáticos Gabinete de incendio Sistema de detección de humo y alarma Plan de continuidad de negocios
 Hidrantes extintores Brigada Sistema de alarma a central de motores Cortinas metálicas Luces infrarrojas o rayos laser
 jardines Circuito cerrado de televisión Guarda de seguridad armado

Interés Asegurable del solicitante sobre el bien a asegurar:

Propietario registral Usufructuario Acreedor Depositario
 Arrendatario Otro: _____

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

Desde _____ Hasta _____

ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES

Modalidad:	<input type="checkbox"/> Contributiva	<input type="checkbox"/> No contributiva	¿Se acuerda el beneficio de participación en utilidades?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Forma de Pago de la Prima y Recargos:	Anual <input type="checkbox"/>		Semestral <input type="checkbox"/>		Trimestral <input type="checkbox"/>
	Recargo:	0%	5%	7%	Mensual <input type="checkbox"/>

DETALLE DE COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS, DEDUCIBLES Y PRIMAS

		DEDUCIBLE	MONTO ASEGURADO
COBERTURA BÁSICA			
A- Daños a la Residencia por Eventos no Catastróficos		1% de la suma asegurada con un mínimo de UD\$500,00 (Quinientos dólares netos) y un máximo de US\$ 2.000,0 (Dos mil dólares Netos) por evento.	¢
B- Daños a la Residencia por Eventos Catastróficos		1% de la suma asegurada con un mínimo de UD\$500,00 (Quinientos dólares netos) y un máximo de US\$ 2.000,0 (Dos mil dólares Netos) por evento.	
COBERTURAS OPCIONALES			
C- Daños a la propiedad personal y/o menaje	<input type="checkbox"/>	1% de la suma asegurada con un mínimo de UD\$400,00 (Cuatrocientos dólares netos) por evento	¢
D- Robo y tentativa de Robo	<input type="checkbox"/>	1% de la suma asegurada en la Cobertura C, con un mínimo de UD\$400,00 (Cuatrocientos dólares netos) por evento	¢
E- Rotura de Cristales	<input type="checkbox"/>	1% de la suma asegurada con un mínimo de UD\$100,00 (Cien dólares netos) por evento	¢
F- Pérdida de rentas por arrendamiento	<input type="checkbox"/>	No aplica	¢
G- Responsabilidad Civil del Hogar	<input type="checkbox"/>	1% de la suma asegurada en la Cobertura C, con un mínimo de UD\$400,00 (Cuatrocientos dólares netos) por evento	¢
COBERTURAS ESPECIALES			
CE-1. Gastos de Alquiler	<input type="checkbox"/>	No aplica	
CE-2. Asistencia en el Hogar	<input type="checkbox"/>	No aplica	
CE-3. Remoción de Escombros	<input type="checkbox"/>	No aplica	

OTROS TEMAS

TIPO DE SOLICITUD: Emisión Renovación Modificación

MODO DE PAGO (En caso de ser una póliza contributiva)	<input type="checkbox"/> Pago Directo	<input type="checkbox"/> Dedución de Planilla	<input type="checkbox"/> Cargo a Tarjeta	Titular:	Fecha de vencimiento:
				N° de Tarjeta:	Banco Emisor:
¿Cuenta actualmente seguro de Incendio Hogar Todo Riesgo con otra aseguradora?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Favor indicar si la respuesta es afirmativa:			Entidad Aseguradora:
					Número de Póliza:
					Periodo de vigencia:

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.

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 conexas, 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. **FIRMA DEL TOMADOR:**

PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD

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 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 de la póliza.

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/slc/>; 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 G06-70-A14-550, de fecha 14 de octubre de 2014.

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: _____ No. de Póliza: _____ Tomador: _____ Vigencia de la Póliza: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

<input type="checkbox"/> CLIENTE SEGUROS LAFISE <input type="checkbox"/> 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° DE IDENTIFICACIÓN	
Persona Física <input type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/>							
Solo en caso de Persona Física:		Fecha de Nacimiento:		Profesión:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
						Empresa donde labora:	
Medios para notificaciones:		Provincia:		Cantón:		Distrito:	
		Correo electrónico:		Número de celular:		Número de teléfono:	
						Trabaja en lo propio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
						Otras señas:	

DATOS DEL BIEN QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Ubicación y datos del Predio asegurable		Provincia:		Cantón:		Distrito:		Otras señas:	
Número de folio real:		Número de finca filial:		Número de casa o local:					
Años de construcción:		Área construida:		Número de pisos:		Altura aproximada (mts):			
Observaciones:									
Detalle de los colindantes									

Materiales de construcción:	Paredes externas:		Paredes internas:		Techo:		Piso:		Ventanas:	
	Entrada principal:		Exteriores:		Observaciones:					

Medidas de seguridad:	<input type="checkbox"/> Rociadores automáticos		<input type="checkbox"/> Gabinete de incendio		<input type="checkbox"/> Sistema de detección de humo y alarma		<input type="checkbox"/> Plan de continuidad de negocios		
	<input type="checkbox"/> Hidrantes extintores		<input type="checkbox"/> Brigada		<input type="checkbox"/> Sistema de alarma a central de motores		<input type="checkbox"/> Cortinas metálicas		
		<input type="checkbox"/> Luces infrarrojas o rayos laser		<input type="checkbox"/> Circuitos cerrados de televisión		<input type="checkbox"/> Guarda de seguridad armado			

Interés Asegurable del solicitante sobre el bien a asegurar:	<input type="checkbox"/> Propietario registral		<input type="checkbox"/> Usufructuario		<input type="checkbox"/> Acreedor		<input type="checkbox"/> Depositario	
	<input type="checkbox"/> Arrendatario		<input type="checkbox"/> Otro:					

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO - ACREEDOR

Acreedor		No. de identificación		Grado de Acreencia		Monto de la Acreencia	

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

Desde		Hasta	

ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES

Forma de Pago de la Prima y Recargos:	Anual <input type="checkbox"/>		Semestral <input type="checkbox"/>		Trimestral <input type="checkbox"/>		Mensual <input type="checkbox"/>	
	Recargo:	0%		5%		7%		9%

BIENES A ASEGURAR Y SU VALOR ASEGURADO

BIEN	VALOR ASEGURADO

DETALLE DE COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS, DEDUCIBLES Y PRIMAS

		DEDUCIBLE	MONTO ASEGURADO
COBERTURA BÁSICA			
A- Daños a la Residencia por Eventos no Catastróficos		1% de la suma asegurada con un mínimo de UD\$500,00 (Quinientos dólares netos) y un máximo de US\$ 2.000,0 (Dos mil dólares Netos) por evento.	¢
B- Daños a la Residencia por Eventos Catastróficos		1% de la suma asegurada con un mínimo de UD\$500,00 (Quinientos dólares netos) y un máximo de US\$ 2.000,0 (Dos mil dólares Netos) por evento.	¢
COBERTURAS OPCIONALES			
C- Daños a la propiedad personal y/o menaje	<input type="checkbox"/>	1% de la suma asegurada con un mínimo de UD\$400,00 (Cuatrocientos dólares netos) por evento	
D- Robo y tentativa de Robo	<input type="checkbox"/>	1% de la suma asegurada en la Cobertura C, con un mínimo de UD\$400,00 (Cuatrocientos dólares netos) por evento	¢
E- Rotura de Cristales	<input type="checkbox"/>	1% de la suma asegurada con un mínimo de UD\$100,00 (Cien dólares netos) por evento	¢
F- Pérdida de rentas por arrendamiento	<input type="checkbox"/>	No aplica	¢
G- Responsabilidad Civil del Hogar	<input type="checkbox"/>	1% de la suma asegurada en la Cobertura C, con un mínimo de UD\$400,00 (Cuatrocientos dólares netos) por evento	¢
COBERTURAS ESPECIALES			
CE-1. Gastos de Alquiler	<input type="checkbox"/>	No aplica	
CE-2. Asistencia en el Hogar	<input type="checkbox"/>	No aplica	

CE-3. Remoción de Escombros	<input type="checkbox"/>	No aplica
-----------------------------	--------------------------	-----------

OTROS TEMAS

TIPO DE SOLICITUD: Emisión Renovación Modificación

MODO DE PAGO	<input type="checkbox"/> Pago Directo	<input type="checkbox"/> Deducción de Planilla	<input type="checkbox"/> Cargo a Tarjeta	Titular:	Fecha de vencimiento:
				N° de Tarjeta:	Banco Emisor:
¿Cuenta actualmente seguro de Incendio Comercial e Industrial con otra aseguradora?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Favor indicar si la respuesta es afirmativa:	
					Entidad Aseguradora: Número de Póliza: Periodo de vigencia:

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.

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 conexas, 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 lo señalado anteriormente, brindo el consentimiento libre, específico, informado, inequívoco e individualizado, del tratamiento de mis datos personales. **FIRMA DEL ASEGURADO:**

PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD

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 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 de la póliza.

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 G06-70-A14-550, de fecha 14 de octubre de 2014.