

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: | |
| | | Correo electrónico: | | Número de celular: | | Número de teléfono: | |
| | | | | | | Trabaja en lo propio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | | | | | Otras señas: | |

DATOS DEL ASEGURADO (EN CASO DE SER DIFERENTE AL TOMADOR)

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <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

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|---------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|------------------|--|---|--|
| 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: | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| | | Altura: | | Extensión aproximada de las mismas: | | | | | | |

Observaciones: _____
Detalle de Colindantes: _____

Medidas de seguridad: 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:

BIENES A ASEGURAR Y SU VALOR ASEGURADO

| BIEN | VALOR ASEGURADO |
|------|-----------------|
| | |

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% | | | |

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 con el seguro Incendio Hogar Individual 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/sicr/>; 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-A14-548, de fecha 17 de noviembre de 2014. | |