

**RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL UMBRELLA
(Colones)
SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO**



Este formulario podrá ser confeccionado a máquina o por cualquier medio electrónico, así como también podrá ser llenado a mano, con letra de imprenta legible y sin tachaduras.

Datos del Contratante (Persona Jurídica)

Razon Social de la Empresa:			No. RUC:
Actividad Economica:			
Dirección de la Empresa:			
Pais y provincia:	Cantón y distrito		
Otras señas específicas			
Teléfono fijo y celular	Email y fax:	Apto. Postal:	
Nombre del Representante Legal:			Sexo: M () F ()
No. de identificación:	No. Pasaporte:		
Nacionalidad:			
Numero y Registro de Cedula de Residencia:			
Teléfono fijo y/o móvil:	Fax o Correo Electronico:		
Profesión y/o ocupación:			
Fecha y lugar de Nacimiento (Indique el país)			
Dirección de Domicilio			
Pais y provincia:	Cantón y distrito		
Otras señas específicas			

Datos del Contratante (Persona Natural)

Nombre Completo:			
No. de identificación			Fecha de vencimiento
Nacionalidad (es)	Sexo y Estado Civil		M () F ()
Teléfono fijo y celular	Email y fax:		
Profesión y ocupación			
Fecha y lugar de Nacimiento (Indique el país)			
Dirección de Domicilio			
Pais y provincia:	Cantón y distrito		
Otras señas específicas			
Información laboral			
Trabaja en lo propio	SI () No ()	Nombre de la empresa y/o negocio	
Pais y provincia:	Cantón y distrito		
Otras señas específicas			
Cargo que desempeña			Ingreso mensual
Teléfono	Email y fax:		

Particularidades del Seguro

Fecha de Solicitud	Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____				
Tipo de trámite	Cotización () Renovación () Endoso o Mod. () Si Endoso: No. de Poliza Actual _____				
Moneda:	() Colones	Forma de pago:	Anual () Semestral () Trimestral () Mensual ()		
Recargo por Fraccionamiento de prima, según forma de pago.	Forma de Pago:	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
	Numero de Cuotas:	1	2	4	12
	Porcentaje de Recargo:	0%	8%	11%	13%
Conducto de cobro	() Pago directo del Asegurado () Cargo automático a Tarjeta No. De tarjeta _____ Emisor _____				
Aseguramiento	() Aseguramiento por cuenta propia () Aseguramiento por cuenta de un tercero				

[Handwritten Signature]
Cia. B. S. S.

Cotización del Seguro				
Con base en la información otorgada y con la finalidad de que el solicitante valore y acepte el costo del Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual Umbrella, SEGUROS LAFISE emite y presenta la cotización respectiva:				
Prima de Cobertura solicitada		Observaciones:		
Bonificación y/o Descuento _____%				
Recargo _____%				
Sub - Total Prima				
Impuesto de ventas (13%)				
Total Prima Anual				
Recargo por fraccionamiento				
Prima fraccionada				
Para uso interno de SEGUROS LAFISE				
Cotización Tramitada por:		Fecha		Firma:
Cotización Aprobada por:		Fecha		Firma:
Aprobación o Rechazo de Cotización				
Hago constar que he recibido la Cotización que me fue enviada por SEGUROS LAFISE para emisión de una póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual Umbrella; la cual he analizado voluntaria y libremente, por lo que decido:				
Aceptar ()		Rechazar ()		
Declaro estar conforme con las condiciones y costo de aseguramiento de póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual Umbrella solicitada; por lo que autorizo a SEGUROS LAFISE a emitir la póliza respectiva, conforme lo prescrito en las Condiciones Generales, las cuales he leído y comprendido, por lo que entiendo que al aceptar esta cotización, SEGUROS LAFISE emitira la póliza, bajo estas condiciones y con la vigencia declarada.				
Nombre del Solicitante: _____	Firma: _____	Lugar y Fecha: _____		
Nombre Intermediario: _____	Firma: _____	Clave: _____		
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 **.-**-**** de fecha**-**- 2014.				

3/10/14 *ceatrida'*