|  |  |
| --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO COLECTIVO PROTECCIÓN A CUENTAS DE TARJETAS DE CRÉDITO Y DÉBITO “PLUSCARD”** **SOLICITUD DE SEGURO TOMADOR** |
| **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** | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | **N° DE IDENTIFICACIÓN** |
|  |  |  |
| **Medios para Notificaciones:** | **Provincia:** | **Cantón:** | **Distrito:** | **Otras señas:** |
| **Correo electrónico:**  | **Número de teléfono 1:** | **Número de teléfono 2:** |
| **DATOS DEL BIEN QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO** |
| **Tarjetas a asegurar:** | **Tipo de tarjetas** | **Crédito [ ]  Débito [ ]**  | **Cantidad aproximada de tarjetas:** |  |

|  |
| --- |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** |
| **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **ELECCIÓN OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES** |
| **Modalidad:** | **[ ]  Contributiva [ ]  No contributiva** | **Moneda** | **[ ]  Colones [ ]  Dólares** | **Forma de pago de la prima** | **Mensual [ ]  Anual [ ]**  |

|  |
| --- |
| **OTROS TEMAS** |
| **TIPO DE SOLICITUD: [ ] Emisión [ ] Renovación [ ] Modificación**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODO DE PAGO** (En caso de ser una póliza no contributiva) | [ ] Pago Directo | [ ] Deducción de Planilla | [ ] Cargo a Tarjeta | Titular: | Fecha de vencimiento: |
| N° de Tarjeta: | Banco Emisor: |
| ¿**Cuenta actualmente seguro de Protección de Tarjeta de Crédito y/o Débito con otra aseguradora?**  | [ ] **SI** [ ] **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 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. **FIRMA DEL TOMADOR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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 en nuestras 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 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 G07-46-A14-XXX, de fecha XX de XXXX de 2019.** |

|  |  |
| --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO COLECTIVO PROTECCIÓN A CUENTAS DE TARJETAS DE CRÉDITO Y DÉBITO “PLUSCARD”** **SOLICITUD DE INCLUSIÓN** |
| **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** |
| **[ ]  CLIENTE SEGUROS LAFISE [ ]  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 [ ]  Persona Jurídica [ ]**  |  |  |  |
| **Solo en caso de Persona Física:** | **Fecha de Nacimiento:** | **Profesión:** | **Género: [ ]** F **[ ]** M | **Empresa donde labora:** |
|  |  | **Trabaja en lo propio [ ] Sí [ ] No** |  |
| **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 Tarjeta 1** | **Número de la tarjeta:** |  | **Vigencia de la tarjeta** | **Mes: Año:** |
| **Tipo de tarjeta** |  **Crédito [ ]  Débito [ ]**  | **Moneda** | **Colones [ ]  Dólares [ ]**  | **Límite de crédito** |  |
| **Datos de la Tarjeta 2** | **Número de la tarjeta:** |  | **Vigencia de la tarjeta** | **Mes: Año:** |
| **Tipo de tarjeta** |  **Crédito [ ]  Débito [ ]**  | **Moneda** | **Colones [ ]  Dólares [ ]**  | **Límite de crédito** |  |
| **Datos de la Tarjeta 3** | **Número de la tarjeta:** |  | **Vigencia de la tarjeta** | **Mes: Año:** |
| **Tipo de tarjeta** |  **Crédito [ ]  Débito [ ]**  | **Moneda** | **Colones [ ]  Dólares [ ]**  | **Límite de crédito** |  |
| **Datos de la Tarjeta 4** | **Número de la tarjeta:** |  | **Vigencia de la tarjeta** | **Mes: Año:** |
| **Tipo de tarjeta** |  **Crédito [ ]  Débito [ ]**  | **Moneda** | **Colones [ ]  Dólares [ ]**  | **Límite de crédito** |  |

|  |
| --- |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** |
| **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **ELECCIÓN OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES** |
|  **Forma de Pago de la Prima:** | **Mensual [ ]**  **Anual [ ]**  |
| **COBERTURA BÁSICA** | **MONTOS ASEGURADOS** |
| Protección de Tarjeta de Crédito y/o Débito | **[ ] ₵ 1.500.000,00 [ ]  ₵ 2.500.000,00 [ ]  ₵ 5.000.000,00 [ ]  ₵ 10.000.000,00** | **[ ]  $ 3000.00 [ ]  $ 5000.00 [ ]  $ 10,000.00 [ ]  $ 20,000.00** |

|  |
| --- |
| **OTROS TEMAS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODO DE PAGO**  | [ ] Cargo a Tarjeta | Titular: | Fecha de vencimiento: |
| N° de Tarjeta: | Banco Emisor: |
| ¿**Cuenta actualmente seguro de Protección de Tarjeta de Crédito y/o Débito con otra aseguradora?** | [ ] **SI** [ ] **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 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. **FIRMA DEL ASEGURADO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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 en nuestras 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 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 G07-46-A14-XXX, de fecha XX de XXXX de 2019.** |