

**SOLICITUD DE SEGURO
RESPONSABILIDAD
CIVIL GENERAL**



Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por **MAPFRE | COSTA RICA**, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud

FECHA	LUGAR	HORA	N° DE CLIENTE
-------	-------	------	---------------

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		N° DE IDENTIFICACIÓN:	
NACIONALIDAD	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	APARTADO POSTAL
N° DE TELÉFONO:	N° DE CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO
	DIRECCIÓN EXACTA		

Si el asegurado es diferente al tomador, favor de cumplimentar los siguientes datos

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		N° DE IDENTIFICACIÓN:	
NACIONALIDAD	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	APARTADO POSTAL
N° DE TELÉFONO:	N° DE CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO
	DIRECCIÓN EXACTA		

RAZON DEL INTERES ASEGURABLE EN LA ACTIVIDAD ASEGURADA

Propietarios y arrendatarios <input type="checkbox"/>	Propietarios y arrendatarios <input type="checkbox"/>	Contratistas y fabricantes <input type="checkbox"/>
Uso, propiedad o arrendamiento solamente de las instalaciones dedicadas al desarrollo de la actividad empresarial	Uso, propiedad o arrendamiento de las instalaciones con operaciones asociadas al desarrollo de la actividad empresarial	Servicios fuera de los predios e instalaciones de la empresa que desarrolla la actividad empresarial.

INFORMACION ADICIONAL DE LOS PREDIOS A ASEGURAR

NÚMERO DE ZONAS DE RIESGO:	PARA CADA ZONA SE DEBE LLENAR UNA SOLICITUD ADICIONAL.		
DIRECCIÓN DEL RIESGO A ASEGURAR:	PROVINCIA:	CANTÓN:	DISTRITO:
DIRECCIÓN EXACTA:			
EDIFICIO(S) PROPIEDAD DE:		ACTIVIDAD QUE SE DESARROLLA EN LOS PREDIOS:	
EL TERRENO MIDE _____M ²	NÚMERO DE PISOS:	¿POSEE ASCENSORES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CAPACIDAD DE LOS ASCENSORES:

SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN:

SISTEMA DE ALARMA INCENDIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SISTEMA DE ALARMA ROBO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EXISTEN HIDRANTES CERCANOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DISTANCIA: ____MTS	
SISTEMA DE DETECCIÓN INCENDIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SISTEMA FIJO EXTINCIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ROCIADORES AUTOMÁTICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COBERTURA ROCIADORES: <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL
¿HAY EXTINTORES DE INCENDIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁNTOS? _____ ¿DE QUÉ TIPO? _____	

ACTIVIDAD GENERICA PRINCIPAL A ASEGURAR

<input type="checkbox"/> Locales Comerciales.	Indique tipo local: <input type="checkbox"/> Clase A): Bar; Cantina; Casino; Night Club; Cualquier local comercial (no fabrican); Oficina; Edificios; Centro de Recreación; Hospital; Salón de baile / patinaje / similar; Centro Educativo. <input type="checkbox"/> Clase B) Sodas y restaurantes; Malls y Centros Comerciales; Supermercados <input type="checkbox"/> Clase C) Salones y estadios utilizados para actividades deportivas, culturales o de otras índole para uso masivo
	Metros cuadrados del local y/o predio (M²) : _____
<input type="checkbox"/> Industrias.	<input type="checkbox"/> Clase A): No utiliza materias primas, productos en proceso o aditivos, químicos o similares de alta peligrosidad de contaminación e incendio. Ubicación: En una zona de poca concentración de edificaciones y población. <input type="checkbox"/> Clase B): Uso de materias primas y/o productos en proceso, aditivos y químicos de alta peligrosidad. Ubicación en zona fuera de alta concentración de edificaciones y población. <input type="checkbox"/> Clase C) Utiliza materias primas, productos en proceso, aditivos, químicos considerados de alta peligrosidad de contaminación e incendio. Ubicación en una zona de alta concentración de edificios e personas.
<input type="checkbox"/> Servicios.	Indique el volumen de ventas del negocio durante el último periodo fiscal: _____ Moneda <input type="checkbox"/> COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES
<input type="checkbox"/> Construcción.	<input type="checkbox"/> Clase A): Zona construcción alejada del tránsito de personas y sin propiedades colindantes cercanas. <input type="checkbox"/> Clase B): Zona de construcción con poco tránsito de personas y con propiedades colindantes relativamente cercanas. <input type="checkbox"/> Clase C) Zona de construcción con alto tránsito de personas y con propiedades colindantes inmediatas.

<input type="checkbox"/> Hoteles y Similares.	<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Motel	<input type="checkbox"/> Hotel de ciudad	<input type="checkbox"/> Hotel de playa / Montaña
	No Habitaciones: _____	No. Habitaciones: _____	No. Habitaciones: _____	No. De habitaciones: _____
	Coberturas adicionales	Parqueo <input type="checkbox"/>	Lavandería <input type="checkbox"/>	Cajita seguridad: <input type="checkbox"/>
Equipaje: <input type="checkbox"/>		Gastos médicos <input type="checkbox"/>	Otra: <input type="checkbox"/> Cite _____	
<input type="checkbox"/> Parqueos.	<input type="checkbox"/> De 1 a 50 espacios		<input type="checkbox"/> De 51 a 250 espacios	<input type="checkbox"/> Más de 250 espacios
<input type="checkbox"/> Estaciones de Servicios	Expendidora combustible <input type="checkbox"/> Taller servicio <input type="checkbox"/> Taller lubricación <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> De 1 a 50 espacios <input type="checkbox"/> De 51 a 100 espacios <input type="checkbox"/> Más de 101 espacios
<input type="checkbox"/> Auto Lavados.	De 1 a 5 espacios <input type="checkbox"/>	De 6 a 15 espacios <input type="checkbox"/>	Más de 15 espacios <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Espectáculos Públicos.	De 1 a 5 eventos <input type="checkbox"/>	De 6 a 10 eventos <input type="checkbox"/>	Más de 11 eventos <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vigilancia	Empresas jurídicas <input type="checkbox"/>		Empresas físicas <input type="checkbox"/>	
	No de guardas : _____		No de guardas: _____	

DETALLES DEL ACREEDOR (Si existe)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		N° DE IDENTIFICACIÓN	
TIPO DE HIPOTECA:	GRADO:	RUBRO:	MONTO:
Indique, si en caso de indemnización, ésta debe girarse a favor del Acreedor: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

PLAZO

VIGENCIA A SOLICITAR	DESDE ____/____/____ HASTA ____/____/____
----------------------	---

COBERTURAS		SUMA A ASEGURAR	PRIMA
<input type="checkbox"/>	Cobertura A RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL Y SUBJETIVA (BÁSICA)		
<input type="checkbox"/>	Cobertura B GASTOS MÉDICOS DE URGENCIA		
<input type="checkbox"/>	Cobertura C RC. EXTRA CONTRACTUAL EN LAVANDERÍA Y GUARDA ROPA DE HOTELES Y SIMILARES		
<input type="checkbox"/>	Cobertura D RC. EN CAJITAS DE SEGURIDAD DE HOTELES Y SIMILARES		
<input type="checkbox"/>	Cobertura E RC. POR EQUIPAJES DE HUÉSPEDES EN HOTELES Y SIMILARES		
<input type="checkbox"/>	Cobertura F RC. EXTRA CONTRACTUAL POR EL USO DEL PARQUEO BRINDADO POR EL ASEGURADO		

TOTAL SUMA ASEGURADA

TOTAL SUMA ASEGURADA: _____	Moneda <input type="checkbox"/> COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES
-----------------------------	--

DEDUCIBLES

Responsabilidad Civil Extracontractual Locales Comerciales.	10% de la pérdida, con un mínimo de €150.000,00 o \$ 300,00
Responsabilidad Civil Extracontractual Industrias.	
Responsabilidad Civil Extracontractual Servicios.	
Responsabilidad Civil Extracontractual Construcción.	
Responsabilidad Civil Extracontractual Hoteles y Similares.	15% de la pérdida, con un mínimo de €150.000,00 o \$ 300,00
Responsabilidad Civil Extracontractual Espectáculos Públicos.	
Responsabilidad Civil Extracontractual Parqueos.	20% de la pérdida, con un mínimo de €150.000,00 o \$ 300,00
Responsabilidad Civil Extracontractual Estaciones de Servicios.	
Responsabilidad Civil Extracontractual Auto Lavados.	
Responsabilidad Civil Extracontractual Vigilancia.	

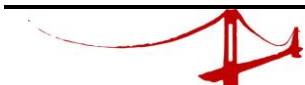
DESCUENTOS/ RECARGOS

Descuento por No Siniestralidad / Recargo por Siniestralidad	Hasta un Máximo del 25%
--	-------------------------

RECARGO POR PAGO FRACCIONADO

MONEDA	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL	BIMENSUAL	MENSUAL
COLONES	0.00%	4.00%	6.00%	7.00%	8.00%
DÓLARES	0.00%	2.00%	3.00%	3.50%	4.00%

PRIMA NETA:	PERIODICIDAD <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL
IMPUESTO DE VENTAS:	
RECARGO POR PAGO FRACCIONADO:	MONEDA <input type="checkbox"/> COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES
PRIMA TOTAL:	



MODO DE PAGO

<input type="checkbox"/> CARGO AUTOMÁTICO A TARJETA DE CRÉDITO O DEBITO	<input type="checkbox"/> DEDUCCIÓN DE CUENTA BANCARIA DEL CLIENTE	<input type="checkbox"/> DIRECTO EN CAJA Y/O COBRO EN LÍNEA	<input type="checkbox"/> DEPOSITO EN CUENTAS BANCARIAS DE MAPFRE
---	---	---	--

En caso de haber elegido la opción de cargo automático a tarjeta o deducción de cuenta bancaria, el Tomador autoriza el cargo de las primas de esta póliza en la periodicidad elegida, en su tarjeta de crédito o cuenta bancaria de cargo el importe de la prima, a partir de la fecha de emisión de la póliza, según datos que se indican a continuación. Asimismo, autorizo que **MAPFRE | COSTA RICA S.A.**, me contacte para cualquier acción de seguimiento, o para gestión de cobro, en el caso de existir atraso en el cumplimiento de pago fraccionado, si procediese.

TARJETA DE CRÉDITO O CUENTA DE CARGO N°:	VENCIMIENTO:	TARJETA HABIENTE:	BANCO:
---	---------------------	--------------------------	---------------

OTROS TEMAS: Mediante la firma de este documento, declaro que toda la información anterior ha sido escrita o dictada por mí de acuerdo a mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que **MAPFRE | COSTA RICA** emita la póliza solicitada. Asimismo, libero a **MAPFRE | COSTA RICA** de toda responsabilidad sobre esta póliza en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas de hechos o circunstancias conocidos como tales por mí, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato

¿Ha tenido o tiene pólizas de seguros de Responsabilidad Civil Extracontractual? SI NO

Nombre de la Aseguradora: _____ No. De Póliza _____ Suma Asegurada _____

Si el Asegurado o quien sus intereses representen contrataren durante la vigencia de esta póliza otros seguros que cubran por los mismos riesgos a los bienes o personas aquí amparados, tendrá la obligación de ponerlo inmediatamente en conocimiento de **MAPFRE | COSTA RICA**, mediante aviso escrito, indicando el nombre de las aseguradoras y las sumas aseguradas.

Si El Asegurado omitiere intencionadamente dicho aviso o si contratare los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, **MAPFRE | COSTA RICA** queda liberada de sus obligaciones.

¿Ha ocurrido siniestros anteriores a los bienes que se pretenden asegurar? SI NO Fecha del Siniestro ____/____/____

Nombre de la Aseguradora: _____ No. De Póliza _____ Monto del Siniestro _____

PROCESO DE ANÁLISIS: La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos de **MAPFRE | COSTA RICA** deberá ser aceptada o rechazada por **MAPFRE | COSTA RICA** dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si **MAPFRE | COSTA RICA** no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, **MAPFRE | COSTA RICA** deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. El Asegurado podrá consultar el resultado o avance de su solicitud con su intermediario de seguros o puede contactar al Departamento de Servicio al Cliente de **MAPFRE | COSTA RICA** a los números indicados en este formulario.

INFORMACIÓN PREVIA: Acepto haber recibido la información previa relativa a los términos y condiciones de esta póliza, así como el presente este documento, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso de solicitar el presente seguro. También he sido enterado de que la eficacia de la cobertura está sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

Los términos y condiciones de las pólizas pueden ser consultados en **MAPFRE | COSTA RICA** por medio del teléfono 8000-627373 y la página web www.mapfre.cr. Como contratante, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a **MAPFRE | COSTA RICA**, copia de las condiciones generales de esta póliza, sus modificaciones y adiciones.

FIRMA:
YO, _____, REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL TOMADOR DEL SEGURO, DOY FE QUE TODAS LAS DECLARACIONES AQUÍ INDICADAS SON AUTÉNTICAS DE ACUERDO CON MI LEAL SABER Y ENTENDER.

PUESTO DESEMPEÑADO CON EL TOMADOR:	Nº DE IDENTIFICACIÓN:	FIRMA
INTERMEDIARIO DE SEGUROS	FIRMA	CÓDIGO

USO EXCLUSIVO DE MAPFRE | COSTA RICA

TRAMITADO POR	FECHA	ACEPTADO/AUTORIZADO	FECHA
----------------------	--------------	----------------------------	--------------

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 G08-07-A03-419 de fecha 18 de octubre de 2018.

