


SOLICITUD DE SEGURO – SEGURO DE AUTOMOVIL MAPFRE MÁS SEGURO (MODALIDAD COLECTIVA)	FORMATO		 MAPFRE COSTA RICA Compañía de Seguros
	CÓDIGO	RE-01-01	
	EDICIÓN	01/12/2016	

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

1. LUGAR Y FECHA DE FIRMA DE ESTA SOLICITUD

2. DATOS DEL SOLICITANTE (TOMADOR):

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
CLIENTE MAPFRE: <input type="checkbox"/>	CLIENTE NUEVO: <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN DATOS CLIENTE: <input type="checkbox"/>	NÚMERO CLIENTE: <input type="text"/>
NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	APARTADO POSTAL:
UBICACIÓN GEOGRÁFICA:	PROVINCIA:	CANTÓN:	DISTRITO:
DIRECCIÓN EXACTA:			
Si es cliente nuevo o requiere actualizar la información, favor cumplimentar el formulario "Conozca a su Cliente"			
NOMBRE PERSONA DE CONTACTO:		CORREO ELECTRÓNICO:	
NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE FAX:		

3. DATOS DEL OBJETO O INTERÉS A ASEGURAR:

--

4. ASPECTOS RELATIVOS AL RIESGO

--

5. DESIGNACIÓN DE ACREEDOR:

DETALLES DEL ACREEDOR (SI EXISTIESE)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		
	DETALLES DE LA ACREENCIA:				
	DETALLES DE LA ACREENCIA:		MONTO	GRADO	
	INDIQUE, SI EN CASO DE INDEMNIZACIÓN ESTA DEBE GIRARSE A FAVOR DEL ACREEDOR:				
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

6. PLAZO DE VIGENCIA A SOLICITAR

Del: ___/___/___ Hasta: ___/___/___

7. PLAN DE COBERTURAS, DEDUCIBLES:

ELECCION DE PLAN POR PARTE DEL SOLICITANTE:		
<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> AMPLIO	<input type="checkbox"/> PLUS

COBERTURA AMPARADA, DEBERÁ SELECCIONAR COBERTURA ADICIONAL (EN CASO DE REQUERIR CONTRATACIÓN) Y DEDUCIBLE, COBERTURA EXCLUIDA

COBERTURAS			
COBERTURAS	PAQUETES		
	PLUS	AMPLIO	BASICO
COB A-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	✓	✓	✓
COB B-GASTOS MÉDICOS OCUPANTES	✓	○	☒
COB C-ACCIDENTES AL CONDUCTOR	✓	✓	☒
COB D-COLISIÓN Y/O VUELCO	✓	✓	✓
COB E-RIESGOS ADICIONALES	✓	✓	✓
COB F-ROBO TOTAL	✓	✓	✓
COB K-ROTURA DE CRISTALES	✓	○	○
COB L-ASISTENCIA EN EL CAMINO	✓	✓	✓
COB M-ASIST Llamadas LIM NAC E INTERNACIONALES	○	○	○
COB N-ASISTENCIA AUTO SAFE	○	○	○
COB Q-ASISTENCIA SEGURO DE LLAVES	○	○	○

DEDUCIBLES		
COBERTURAS		OPCIÓN
COB. A	<input type="radio"/>	SIN DEDUCIBLE
	<input type="radio"/>	5% DE LA RECLAMACIÓN CON MÍNIMO DE ₡ 200.000.
	<input type="radio"/>	10% DE LA RECLAMACIÓN CON MÍNIMO DE ₡200.000.
COB. D, E	<input type="radio"/>	1% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA CON MÍNIMO DE ₡280.000.
	<input type="radio"/>	3% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA CON MÍNIMO DE ₡280.000.
	<input type="radio"/>	5% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA CON MÍNIMO DE ₡280.000.
	<input type="radio"/>	15% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA
COB. F	<input type="radio"/>	10% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA.
	<input type="radio"/>	15% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA.
COB. K	<input type="radio"/>	₡60.000 MONTO FIJO
	<input type="radio"/>	₡80.000 MONTO FIJO

PERIODICIDAD DE PAGO	RECARGO FINANCIERO	MONEDA: <input type="checkbox"/> COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES
	Colones / Dólares	MODALIDAD: <input type="checkbox"/> Contributivo: Porcentaje _____ <input type="checkbox"/> No Contributivo
<input type="checkbox"/> ANUAL	NO TIENE.	
<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	4% SOBRE PRIMA ANUAL / 2% SOBRE PRIMA ANUAL	
<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	6% SOBRE PRIMA ANUAL. / 3% SOBRE PRIMA ANUAL	
<input type="checkbox"/> BIMENSUAL	7% SOBRE PRIMA ANUAL. / 3,5% SOBRE PRIMA ANUAL	
<input type="checkbox"/> MENSUAL	8% SOBRE PRIMA ANUAL. / 4% SOBRE PRIMA ANUAL	

8. OTROS TEMAS:

DESCUENTOS POR VOLUMEN	RANGO DE UNIDADES	DESCUENTO MÁXIMO
	5-105	6,20%
	106-205	6,90%
	206-305	7,60%
	306-405	8,40%
	406-505	9,10%
	506-605	10,00%
	606-705	10,80%
	706-805	11,50%
	806-1000	12,30%
>DE 1000	13,90%	

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 | SEGUROS COSTA RICA emita la póliza solicitada. Asimismo, libero a MAPFRE | SEGUROS 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.

9. 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.

La solicitud de seguro será analizada por **MAPFRE | COSTA RICA** conforme a los plazos indicados, para lo cual **MAPFRE | COSTA RICA** enviará al Tomador las comunicaciones que correspondan dentro del dicho plazo. En caso de duda, el Tomador puede contactar al Departamento de Servicio al Cliente de **MAPFRE | COSTA RICA** a los números indicados en este formulario.

10. 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.com](http://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.

10. 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:

FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

USO EXCLUSIVO DE MAPFRE COSTA RICA	TRAMITADO POR:	FECHA:	ACEPTADO / AUTORIZADO POR:	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 G01-01-A03-702 de fecha 08 de febrero de 2017.