


SOLICITUD DE SEGURO – SEGURO DE AUTOMOVIL MAPFRE MÁS SEGURO (MODALIDAD INDIVIDUAL)	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:			
Si el asegurado es diferente al tomador, favor de cumplimentar los siguientes datos:					
NOMBRE DEL ASEGURADO:			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		
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 GENERALES DEL VEHÍCULO:

Marca	Color	Línea	Año	Número de placa
Número de motor	Capacidad	Cilindraje	Peso	Número de chasis
Clase	PROVINCIA DE CIRCULACIÓN HABITUAL	Uso del vehículo	Kilometraje o Milla <input type="checkbox"/> Km. <input type="checkbox"/> M.	

4. ASPECTOS RELATIVOS AL RIESGO

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO	VALOR REAL	SUMA ASEGURADA:	¿EL VEHÍCULO OBJETO DE ESTE SEGURO, SE ENCUENTRA ASEGURADO EN OTRA PÓLIZA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
	PRIMER RIESGO ABSOLUTO	SUMA ASEGURADA VEHÍCULO :		<input type="checkbox"/> NO
				Nombre de la Aseguradora:

CONDUCTOR HABITUAL DEL VEHICULO:		USO DEL VEHICULO:
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/>
EDAD DEL CONDUCTOR:	SEXO DEL CONDUCTOR:	<input type="checkbox"/> COMERCIAL

DATOS DEL(OS) BENEFICIARIO(S)		
1.NOMBRE COMPLETO:	N° DE IDENTIFICACIÓN:	
NACIONALIDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DIRECCIÓN EXACTA:		
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:	NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE FAX:
RELACIÓN CON EL ASEGURADO:	MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN:	

2.NOMBRE COMPLETO:	N° DE IDENTIFICACIÓN:	
NACIONALIDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DIRECCIÓN EXACTA:		
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:	NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE FAX:
RELACIÓN CON EL ASEGURADO:	MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN:	

3.NOMBRE COMPLETO:	N° DE IDENTIFICACIÓN:	
NACIONALIDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DIRECCIÓN EXACTA:		
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:	NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE FAX:
RELACIÓN CON EL ASEGURADO:	MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN:	

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. DATOS DEL SEGURO																						
VIGENCIA	MODO DE PAGO	FORMA DE PAGO																				
DESDE: ____/____/____ HASTA: ____/____/____ MONEDA: __COLONES __DÓLARES	<input type="checkbox"/> CARGO AUTOMÁTICO A TARGETA DE DÉBITO/CRÉDITO. (SE DEBE DE ADJUNTAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN). <input type="checkbox"/> DEDUCCIÓN DE CUENTA BANCARIA DEL CLIENTE. (SE DEBE DE ADJUNTAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN). <input type="checkbox"/> DIRECTO EN CAJA Y/O COBRO EN LÍNEA. <input type="checkbox"/> DEPÓSITO EN CUENTAS DE MAPFRE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PERIODICIDAD</th> <th colspan="2">RECARGO FINANCIERO</th> </tr> <tr> <th>COLONES</th> <th>DOLARES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> ANUAL</td> <td>NO TIENE.</td> <td>NO TIENE.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEMESTRAL</td> <td>4% SOBRE PRIMA ANUAL.</td> <td>2% SOBRE PRIMA ANUAL.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TRIMESTRAL</td> <td>6% SOBRE PRIMA ANUAL.</td> <td>3% SOBRE PRIMA ANUAL.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BIMENSUAL</td> <td>7% SOBRE PRIMA ANUAL.</td> <td>3,5% SOBRE PRIMA ANUAL.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MENSUAL</td> <td>8% SOBRE PRIMA ANUAL.</td> <td>4% SOBRE PRIMA ANUAL.</td> </tr> </tbody> </table>	PERIODICIDAD	RECARGO FINANCIERO		COLONES	DOLARES	<input type="checkbox"/> ANUAL	NO TIENE.	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.
PERIODICIDAD	RECARGO FINANCIERO																					
	COLONES	DOLARES																				
<input type="checkbox"/> ANUAL	NO TIENE.	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.																				

7. PLAN DE COBERTURAS, DEDUCIBLES:		
ELECCION DE PLAN POR PARTE DEL SOLICITANTE:		
<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> AMPLIO	<input type="checkbox"/> PLUS

COBERTURAS			
COBERTURAS	PAQUETES		
	PLUS	AMPLIO	BASICO
COB A-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	✓	✓	✓
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 G-EQUIPO ESPECIAL	○	○	○
COB H-GARANTÍA NEUMÁTICOS	○	○	☒
COB I-GARANTÍA MECÁNICA	○	☒	☒
COB J-COBERTURA MAPFRE	○	☒	☒
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 O- ASISTENCIA PROTECCIÓN DE LLANTAS	✓	✓	○
COB P-ASISTENCIA ROBO DE CARTERA	✓	☒	☒
COB Q-ASISTENCIA SEGURO DE LLAVES	✓	○	○

DEDUCIBLES		
COBERTURAS		OPCIÓN
COB. A	○	SIN DEDUCIBLE.
	○	5% DE LA RECLAMACIÓN CON MÍNIMO DE € 200.000.
	○	10% DE LA RECLAMACIÓN CON MÍNIMO DE €200.000.
COB. D, E	○	1% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA CON MÍNIMO DE €280.000.
	○	3% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA CON MÍNIMO DE €280.000.
	○	5% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA CON MÍNIMO DE €280.000.
	○	15% SOBRE LA SUMA ASEGURADA
COB. F	○	10% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA.
	○	15% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA.
COB. G	○	3% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA CON UN MÍNIMO DE €140.000. PARA ROBO O HURTO OPERA UN DEDUCIBLE DE 10% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA, CON UN MÍNIMO DE €140.000.
	○	5% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA CON UN MÍNIMO DE €280.000. PARA ROBO O HURTO OPERA UN DEDUCIBLE DE 10% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA, CON UN MÍNIMO DE €280.000.
	○	10% SOBRE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA, CON UN MÍNIMO DE €280.000.
COB. I	○	5% DEL VALOR CUBIERTO DE LA REPARACIÓN, CON UN MÍNIMO DE €50.000,00 Y UN MÁXIMO DE €75.000,00.
COB. K	○	€60.000 MONTO FIJO
	○	€80.000 MONTO FIJO

ASEGURAMIENTO DE EQUIPO ESPECIAL:

DESCRIPCIÓN:	Monto de Seguro:	Descripción:	Monto de Seguro:

8. OTROS TEMAS:

DESCUENTOS:

DESCRIPCIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	FACTOR A EVALUAR
DESCUENTO POR DISPOSITIVO DE SEGURIDAD COBERTURA G	0%	40%	TIPO DE DISPOSITIVO INSTALADO
LÍMITE AGREGADO DE DESCUENTO: 55%			

RECARGOS:

DESCRIPCIÓN	MÁXIMO	FACTOR A EVALUAR
RECARGO POR USO COMERCIAL DEL VEHÍCULO	30%	TIPO DE USO DEL VEHÍCULO

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.