

**SOLICITUD SEGURO PÓLIZA DE AUTOMÓVIL
-NUEVA PÓLIZA LÍDER DÓLARES-**

FORMATO
CÓDIGO C-VT-18/156
EDICIÓN 29.02.2012



<input type="checkbox"/> EMISIÓN	<input type="checkbox"/> VARIACIÓN	PÓLIZA N°
----------------------------------	------------------------------------	-----------

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
CLIENTE MAPFRE: <input type="checkbox"/>	CLIENTE NUEVO: <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>	NÚMERO CLIENTE: <input type="text"/>
SI ES CLIENTE NUEVO O REQUIERE ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN, FAVOR CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO "CONOZCA A SU CLIENTE"			

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
CLIENTE MAPFRE: <input type="checkbox"/>	CLIENTE NUEVO: <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>	NÚMERO CLIENTE: <input type="text"/>
SI ES CLIENTE NUEVO O REQUIERE ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN, FAVOR CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO "CONOZCA A SU CLIENTE"			

DATOS DEL PAGADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
CLIENTE MAPFRE: <input type="checkbox"/>	CLIENTE NUEVO: <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>	NÚMERO CLIENTE: <input type="text"/>
SI ES CLIENTE NUEVO O REQUIERE ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN, FAVOR CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO "CONOZCA A SU CLIENTE"			

DATOS DEL CONDUCTOR HABITUAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
CLIENTE MAPFRE: <input type="checkbox"/>	CLIENTE NUEVO: <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>	NÚMERO CLIENTE: <input type="text"/>
SI ES CLIENTE NUEVO O REQUIERE ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN, FAVOR CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO "CONOZCA A SU CLIENTE"			

DATOS DEL SEGURO

VIGENCIA	MODO DE PAGO	FORMA DE PAGO	Periodicidad	Recargo Financiero
DESDE: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización)		<input type="checkbox"/> Anual	No tiene
HASTA: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Dedución de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización)		<input type="checkbox"/> Semestral	2% sobre prima anual
	<input type="checkbox"/> Directo en Caja y/o Cobro en línea		<input type="checkbox"/> Trimestral	3% sobre prima anual
	<input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de Mapfre		<input type="checkbox"/> Bimensual	3.5% sobre prima anual
			<input type="checkbox"/> Mensual	4% sobre la prima anual

DATOS GENERALES DEL VEHÍCULO:

MARCA	COLOR	LÍNEA	AÑO	NÚMERO DE PLACA
NÚMERO DE MOTOR	CAPACIDAD	CILINDRAJE	CILINDROS	PESO
NÚMERO DE CHASIS	CLASE	USO DEL VEHÍCULO	KILOMETRAJE O MILLAJE: <input type="checkbox"/> KM. <input type="checkbox"/> M.	

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO:

<input type="checkbox"/> VALOR REAL	Suma Asegurada Vehículo: _____
<input type="checkbox"/> PRIMER RIESGO ABSOLUTO	Suma Asegurada Vehículo: _____

ASEGURAMIENTO DE EQUIPO ESPECIAL:

DESCRIPCIÓN:	MONTO DE SEGURO:	DESCRIPCIÓN:	MONTO DE SEGURO:

DETALLES DEL ACREEDOR (SI EXISTESE)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
	SI ES CLIENTE NUEVO O REQUIERE ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN, FAVOR CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO "CONOZCA A SU CLIENTE"		
	DETALLES DE LA ACREENCIA:	MONTO	GRADO
	Indique, si en caso de indemnización, ésta debe girarse a favor del Acreedor: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

DETALLE DE COBERTURAS Y DEDUCIBLES:			
MARQUE LAS COBERTURAS QUE DESEA INCLUIR:			OPCIÓN DE DEDUCIBLE
Cob. A	Responsabilidad Civil Extracontractual	<input type="checkbox"/>	Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible.
Cob. B	Gastos Médicos Ocupantes		Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible
	<input type="checkbox"/> \$5.000.00	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> \$10.000.00	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> \$15.000.00	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> \$20.000.00	<input type="checkbox"/>	
Cob. C	Accidentes al Conductor		Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible
	<input type="checkbox"/> \$5.000.00	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> \$10.000.00	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> \$15.000.00	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> \$20.000.00	<input type="checkbox"/>	
Cob. E	Colisión y/o Vuelco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opción 0: Bajo esta opción, esta cobertura opera sin deducible, excepto si el vehículo asegurado es conducido por una persona menor de 25 años al momento del siniestro, en cuyo caso opera un deducible fijo de \$280.00. <input type="checkbox"/> Opción I: 3% sobre la suma asegurada de la cobertura con un mínimo de \$280.00. En el caso que el Vehículo Asegurado sea conducido por una persona menor de 25 años, el deducible a aplicar será de 4,5% sobre la suma asegurada con un mínimo de \$280.00. <input type="checkbox"/> Opción II: 1% sobre la suma asegurada de la cobertura con un mínimo de \$280.00. En el caso que el Vehículo Asegurado sea conducido por una persona menor de 25 años, el deducible a aplicar será de 1,5% sobre la suma asegurada con un mínimo de \$280.00. <input type="checkbox"/> Opción III: 15% sobre la suma a indemnizar con un mínimo de \$280.00. En el caso que el Vehículo Asegurado sea conducido por una persona menor de 25 años, el deducible a aplicar será de 25% sobre la suma a indemnizar con un mínimo de \$280.00. <input type="checkbox"/> Opción VI: \$3.000.00 fijo por evento. En el caso que el Vehículo Asegurado sea conducido por una persona menor de 25 años, el deducible a aplicar será de \$4.500.00 .
Cob. F	Riesgos Adicionales	<input type="checkbox"/>	
Cob. G	Robo y/o Hurto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opción 0: Bajo esta opción, esta cobertura opera sin deducible. <input type="checkbox"/> Opción I: 10% sobre la suma asegurada de la cobertura con un mínimo de \$280.00. Excepto para Motocicletas que el deducible será de 25% sobre la suma asegurada de la cobertura con un mínimo de \$280.00. En caso de Robo Parcial, se aplicará un deducible del 10% sobre la suma asegurada de la cobertura, con un mínimo de \$280.00. <input type="checkbox"/> Opción II: \$3.000.00 fijo por evento. Esta opción de deducible no aplica para Vehículos de Uso Comercial ni Motocicletas ni en pérdidas parciales.
Cob. I	Equipo Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opción 0: Bajo esta opción, esta cobertura opera sin deducible. <input type="checkbox"/> Opción I: 3% sobre la suma asegurada de la cobertura con un mínimo de \$60.00. Para Robo o Hurto opera un deducible de 10% sobre la suma asegurada de la cobertura, con un mínimo de \$60.00. En el caso que el Vehículo Asegurado sea conducido por una persona menor de 25 años, opera un deducible de 4,5% sobre la suma asegurada con un mínimo de \$60.00. Para Robo o Hurto se aplicará un deducible de 10% sobre la suma asegurada de la cobertura, con un mínimo de \$60.00. <input type="checkbox"/> Opción II: 1% sobre la suma asegurada de la cobertura con un mínimo de \$60.00. Para Robo o Hurto opera un deducible de 10% sobre la suma asegurada de la cobertura con un mínimo de \$60.00. En el caso que el Vehículo Asegurado sea conducido por una persona menor de 25 años, opera un deducible de 1,5% sobre la suma asegurada con un mínimo de \$60.00. Para Robo o Hurto Total se aplicará un deducible de 10% sobre la suma asegurada de la cobertura, con un mínimo de \$60.00. <input type="checkbox"/> Opción III: 15% sobre la Pérdida Bruta con un mínimo de \$60.00. Excepto en el caso de Robo o Hurto que aplicará un deducible de 10% sobre la suma asegurada de la cobertura con un mínimo de \$60.00. En el caso que el Vehículo Asegurado sea conducido por una persona menor de 25 años, el deducible a aplicar será de 25% sobre la suma a indemnizar con un mínimo de \$60.00.
Cob. M	Cobertura MAPFRE	<input type="checkbox"/>	Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible
Cob. P	Rotura de Cristales		<input type="checkbox"/> Opción 0: Bajo esta opción, esta cobertura opera sin deducible. <input type="checkbox"/> Opción 1: Esta cobertura opera con un deducible fijo de \$40.00.
	<input type="checkbox"/> \$1.500,00	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> \$3.000.00	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> \$4.500.00	<input type="checkbox"/>	
Cob. Y	Ayuda en el camino	<input type="checkbox"/>	Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible

EL VEHÍCULO OBJETO DE ESTE SEGURO, SE ENCUENTRA ASEGURADO EN OTRA PÓLIZA? SI NO Nombre de la entidad aseguradora: _____

DETALLE DE DESCUENTOS Y RECARGOS:			
DESCUENTOS:	PORCENTAJE	RECARGOS:	PORCENTAJE
<input type="checkbox"/> Descuento por Experiencia Siniestral		<input type="checkbox"/> Recargo por Experiencia Siniestral	
<input type="checkbox"/> Descuento por Volumen de Vehículos		<input type="checkbox"/> Recargo por Uso Comercial del Vehículo	
<input type="checkbox"/> Descuento por Antigüedad		<input type="checkbox"/> Descuento por dispositivo de seguridad Cobertura G	
<input type="checkbox"/> Descuento Corporativo		Observaciones:	
<input type="checkbox"/> Descuento por Suma Asegurada			
<input type="checkbox"/> Descuento por "Cliente nuevo"			

DESCUENTOS:			
Descripción	Mínimo	Máximo	Factor a Evaluar
Descuento por Experiencia Siniestral	0%	45%	Relación siniestros-primas
Descuento por Volumen de Vehículos Uso Particular	0%	55%	Cantidad de vehículos asegurador
Descuento por Volumen de Vehículos Uso Comercial	0%	20%	Cantidad de vehículos asegurador
Descuento por Antigüedad	0%	50%	Antigüedad año de fabricación del vehículo
Descuento Corporativo	0%	30%	Potencial comercial cliente
Descuento por Suma Asegurada	0%	20%	Suma asegurada del vehículo
Descuento por "Cliente nuevo"	0%	45%	Primer seguro suscrito en MAPFRE COSTA RICA
Descuento por dispositivo de seguridad Cobertura G	0%	40%	Tipo de dispositivo instalado
Límite agregado de descuento: 55%			

RECARGOS:			
Descripción	Mínimo	Máximo	Factor a Evaluar
Recargo por Experiencia Siniestral	0%	70%	Relación siniestros-primas
Recargo por Uso Comercial del Vehículo	0%	30%	Tipo Uso del Vehículo

DATOS DEL(OS) BENEFICIARIO(S) (Según Artículo 10 de la Normativa para el cumplimiento de la Ley 8204)

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:	

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:	

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:	

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:	

"Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada."

Yo declaro y acepto que la información y respuestas anteriores han sido escritas y dictadas por mí de acuerdo a mi leal saber y entender y que son la base para la Póliza de Seguro. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa eximirá a MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A, del pago de reclamaciones, de acuerdo con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N°8956 del 12 de setiembre de 2011. Cualquier cambio o modificación de la información aquí suministrada, deberá ser notificado a la Compañía de Seguros. En caso de que la póliza sea aceptada, emitida y cobrada, autorizo que MAPFRE | SEGUROS 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.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. Autorizo a MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A., a verificar los datos proporcionados en este formulario por los medios que tenga disponibles.

Lugar y Fecha	Firma del solicitante <small>(Utilice la misma firma que tiene en el documento de identificación)</small>	Firma del Intermediario	Código del Intermediario
----------------------	---	--------------------------------	---------------------------------

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-A03-333** de fecha 21 de marzo de 2012.

Yo, _____, Número de Identificación: _____, hago constar que he recibido conforme, las Coberturas de la Nueva Póliza Líder de MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. En caso de que la póliza sea aceptada, emitida y cobrada autorizo a MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A, me contacte para cualquier acción de seguimiento o a gestión de cobro en el caso de existir atraso en el cumplimiento de pago.

Firma del solicitante:

