


SOLICITUD DE INCLUSIÓN – SEGURO DE AUTOMOVIL MAPFRE MÁS SEGURO (MODALIDAD COLECTIVA)	FORMATO		 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. INFORMACIÓN DE PÓLIZA COLECTIVA:

Tomador: _____	Moneda: <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares	N° Póliza (Contributiva / No Contributiva): _____
----------------	---	---

3. DATOS DEL SOLICITANTE:

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: _____
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:	

5. DESIGNACIÓN DE ACREEDOR:

DETALLES DEL ACREEDOR (SI EXISTESE)	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:

Inclusión a partir del: ___/___/___, conforme al plazo de la póliza colectiva.

Vigencia de la Póliza Colectiva: Desde: ___/___/___ Hasta: ___/___/___

Renovable anualmente de manera automática si ninguna de las partes, Tomador o MAPFRE | COSTA RICA, interpone aviso de no renovación dentro de los plazos previstos en la póliza.

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

COBERTURAS	PAQUETES		
	PLUS	AMPLIO	BÁSICO
	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 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

ASEGURAMIENTO DE EQUIPO ESPECIAL:

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

MODO DE PAGO (en caso de Modalidad Contributiva)	FORMA DE PAGO	PERIODICIDAD	RECARGO FINANCIERO	
<input type="checkbox"/> CARGO AUTOMÁTICO A TARGETADE DEBITO/CRÉDITO. (SE DEBE DE ADJUNTAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN).				Colones / Dólares
<input type="checkbox"/> DEDUCCIÓN DE CUENTA BANCARIA DEL CLIENTE. (SE DEBE DE ADJUNTAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN).		<input type="checkbox"/> ANUAL		NO TIENE.
<input type="checkbox"/> DIRECTO EN CAJA Y/O COBRO EN LÍNEA.		<input type="checkbox"/> SEMESTRAL		4% SOBRE PRIMA ANUAL / 2% SOBRE PRIMA ANUAL
<input type="checkbox"/> DEPÓSITO EN CUENTAS DE MAPFRE.		<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:

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	MÍNIMO	MÁXIMO	FACTOR A EVALUAR
RECARGO POR USO COMERCIAL DEL VEHÍCULO	0%	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 formar parte de la presente póliza colectiva. 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 colectiva, sus modificaciones y adiciones.

10. FIRMA DEL SOLICITANTE:

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 G01-01-A03-702 de fecha 08 de febrero de 2017.