

CERTIFICADO DE SEGURO  
SEGURO PROTECCIÓN  
TARJETA MODALIDAD  
COLECTIVA

**mnk**  
SEGUROS

Fecha: 15/11/2024

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F01

Ver: 3.0

NOTA: Este documento constituye una Solicitud de Seguro – Certificado de Seguro, por tanto, opera bajo inclusión automática sujeto a que sea completado de manera correcta por el solicitante-asegurado, motivo por el cual queda asegurado a partir de la fecha de inclusión aquí consignada, según el ámbito de cobertura indicado y detallado en las Condiciones Generales del Seguro.

LUGAR: FECHA DE EMISIÓN:

IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGUROS COLECTIVA

Póliza No. Tomador: Número de identificación:  
PLAZO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA DESDE D M A HASTA D M A

IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

No. Certificado: Número de identificación: Asegurado:

MEDIOS PARA RECIBIR  
NOTIFICACIONES:

Correo electrónico:

Tel. trabajo:

Tel. habitación:

Tel. celular:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Otras señas:

Actividad Económica que desempeña:

INFORMACION NECESARIA UNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS

Nombre Completo del Representante legal: Número de Identificación:

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO O INTERÉS ASEGURADO INDIVIDUAL Y SUS CARACTERÍSTICAS

|           |                                                                                   |                                                   |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Principal | Número:                                                                           | Vigencia: Mes: ____ Año: ____                     |
|           | Tipo de tarjeta: Crédito <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> | Límite de crédito o monto de débito acostumbrado: |
| Adicional | Número:                                                                           | Vigencia: Mes: ____ Año: ____                     |
|           | Tipo de tarjeta: Crédito <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> | Límite de crédito o monto de débito acostumbrado: |

DATOS DE COBERTURA, SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS

| Coberturas                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Plan 1 | <input type="checkbox"/> Plan 2 | <input type="checkbox"/> Plan 3 | <input type="checkbox"/> Plan 4 | <input type="checkbox"/> Plan 5  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> COBERTURA A<br>Protección de Tarjeta<br>de Crédito y/o Débito<br>(Básica) | \$1,000.00 o<br>¢ 500,000.00    | \$2,000.00 o<br>¢ 1,000,000.00  | \$3,500.00 o<br>¢ 1,750,000.00  | \$7,000.0 o<br>¢ 3,500,000.00   | \$20,000.00 o<br>¢ 10,000,000.00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> COBERTURA B –<br>Robo en Cajeros o<br>Secuestro Express<br>(Básica)       | \$750.00 o<br>¢ 375,000.00      | \$750.00 o<br>¢ 375,000.00      | \$1,500.00 o<br>¢ 750,000.00    | \$1,500.00 o<br>¢ 750,000.00    | \$1,500.00 o<br>¢ 750,000.00     |
| <input checked="" type="checkbox"/> COBERTURA C –<br>Pérdida de<br>Documentos<br>Personales (Básica)          | \$150.00 o<br>¢ 75,000.00       | \$150.00 o<br>¢ 75,000.00       | \$150.00 o<br>¢ 75,000.00       | \$150.00 o<br>¢ 75,000.00       | \$200.00 o<br>¢ 100,000.00       |

☐ COBERTURA D – ASISTENCIA PRF (Opcional)

|       |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|
| PRIMA |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|

VIGENCIA DEL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL: ANUAL ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ MENSUAL ☐ DESDE: HASTA:

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONDICIONES DE PAGO DE LA PRIMA:<br><input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de débito/crédito (se debe adjuntar el formulario de autorización).<br><input type="checkbox"/> Deducción de cuenta bancaria del cliente (se debe adjuntar el formulario de autorización).<br><input type="checkbox"/> Directo en la caja y/o cobro en línea.<br><input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de MNK SEGUROS | PERIODICIDAD DE PAGO DE LA PRIMA:<br>Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/><br>Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN

Cualquier notificación o aviso que MNK SEGUROS deba hacer al Asegurado, se hará por cualquier medio escrito, sea presencial o por medios de comunicación a distancia, en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como fax, correo electrónico o correo certificado; dirigidos, según sea el caso, a la última información de contacto fijada por el Asegurado como Dirección para Notificaciones o comunicaciones consignada en la Póliza. El Asegurado deberá reportar por escrito a MNK SEGUROS cualquier cambio en la información de contacto (números telefónicos o de fax, dirección de domicilio contractual o de correo electrónico), de lo contrario, se tendrá por correcta, para todos los efectos, la última información reportada.

#### DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA Y FORMA DE ACCEDER A ELLA

Como Asegurado recibió y tuvo acceso a la información relativa al contrato de seguro previo al perfeccionamiento de la cobertura del seguro; particularmente tuvo acceso a las Condiciones Generales de este seguro y manifestó haberlas entendido, aceptándolas con la firma de la Solicitud de Seguro.

Como Asegurado, podrá obtener información y asesoría respecto a la póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual, incluidas las Condiciones Generales, sus modificaciones y adiciones, así como plantear consultas, a través de los siguientes medios: Teléfono: **(506) 4102-7600**; Correo electrónico: [contacto@mnksegueros.com](mailto:contacto@mnksegueros.com); Sitio web [www.mnksegueros.com](http://www.mnksegueros.com)

#### OTROS TEMAS

MONEDA:

☐ COLONES

☐ DÓLARES

Lo siguiente solo aplica en caso de que el tomador sea acreedor del grupo asegurable: **“Su participación en el seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el tomador y el asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. Usted tiene derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario.”**

#### DECLARACIONES

- Declaro como solicitante mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy es veraz, objetiva, no es reticente ni falsa sobre hechos o circunstancias que conocidos por MNK SEGUROS hubiera influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones; reconozco que, de haber reticencia o falsedad, se producirá nulidad del contrato. Asimismo, me comprometo a tomar las medidas de precaución y de prevención, oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar mi interés asegurable en el desempeño de mi profesión. Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la póliza emitida por MNK SEGUROS. Esta solicitud no obliga a MNK SEGUROS a emitir la póliza solicitada en mi condición de tomador de la misma.
- Entiendo que las declaraciones con falsedad, omisión o error en ellas tendrán las consecuencias estipuladas por la normativa vigente.
- Me obligo con MNK SEGUROS a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tales efectos tenga dispuesto.
- Autorizo a MNK SEGUROS en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 8204, todo lo relativo a mi información. Asimismo, autorizo a MNK SEGUROS para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras de bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido.
- Me comprometo a mantener informado a MNK SEGUROS sobre cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a la información declarada en este formulario mientras exista una relación comercial y contractual entre las partes.

#### BENEFICIARIO ACREEDOR

Para efectos de la Cobertura Básica, cuando se trate de cargos a la Tarjeta de Crédito, se entenderá como Acreedor/Beneficiario al Emisor de la Tarjeta de Crédito asegurada.

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la aseguradora, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones. Estas podrán ser consultadas a través de la dirección electrónica: [www.mnksegueros.com](http://www.mnksegueros.com)

|                                    |                                 |                                          |        |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|--------|
| Firma y N° de Cédula del Asegurado | SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR: | Nombre, firma y código del intermediario | Lugar: |
|                                    | Nombre:<br>Puesto:              |                                          | 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 G07-46-A13-1107 V 3.0 de fecha de registro 19 de julio 2025.

