CERTIFICADO DE SEGURO -TOMADOR

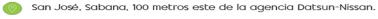
SEGURO PROTECCIÓN TARJETA MODALIDAD COLECTIVA



Fecha: 15/11/2024 Código: **SGC-GTE-SUS-P01-F01 Ver: 3.0**

NOTA: Este document SEGUROS ni de que, e								a misma será ad	eptada por N	ΛNK
Lugar:					Fecha:					
		DA	TOS D	EL SOLICITA	ANTE (TOM	ADOR)				
Razón social:					Cédula jurídica:					
Nombre Completo del	Representante	e legal:				Número de Identificación:				
MEDICO DADA	Correo electrónico:			Correo	Correo para envío de factura electrónica:					
MEDIOS PARA RECIBIR	i rei, trapaio:				Tel. celular:					
NOTIFICACIONES: Provincia		Cantón: Distrito:								
	Otras señas									
Actividad económica:					País do	onde se desempe	eña la activio	dad:		
C	ATOS DEL I	NTERÉS QUE SI	E SOLIC			ECTOS RELAC	CIONADOS	CON EL		
Time de tenietes e se		-	L:11	RIESC		tariatas a sass				
Tipo de tarjetas a as	egurar: C		bito 🗆	NACIÓN DE		tarjetas a aseg	gurar:			
Serán los designados po	r cada Asegura		DESIGI	VACION DE	BENEI ICIAI	NIOS				
VIGENCIA / FORMA	DE PAGO	Anual □ Mensual		nestral □Trii	mestral 🗆	DESDE:		HASTA:		
COBERTURAS SOLICITADAS										
COBERTURA Protección de Tarjeta de Crédito y/o Débito (Básica)										
A ☑ COBERTURA Robo en Cajeros o Secuestro Express (Básica) B							,			
☐ COBERTURA Pérdida de Documentos Personales (Básica)										
□ COBERTURA Asistencia PRF (Opcional)										
MODALIDAD DE CONT	RATACIÓN:	Contributiva	N	o Contributi	va □					
				OTROS T	EMAS					
MONEDA: co	olones	Dólares			TRÁMITE:	COTIZACIÓN	E	MISIÓN	VARIACIÓ	N
				DECLARA	CIONES					
Declaro como solicitant que conocidos por MNK falsedad, se producirá r proteger y salvaguardar emitida por MNK SEGUI - Entiendo que las decla - Me obligo con MNK SEGUI conformidad con la Ley comercializadoras de ba restringido. Me comprometo a mar formulario mientras existingidos.	SEGUROS hul nulidad del con mi interés ase: ROS. Esta soliu raciones con fa (GUROS a mar ROS en forma / 8204, todo l ses de datos o ntener informac	piera influido para quatrato. Asimismo, m gurable en el desencitud no obliga a MN elsedad, omisión o entener actualizada la expresa, para repor lo relativo a mi in cualquier otra simila	ue el contre comprende de comprende de NK SEGL error en e la informattar, proceformació ar, para v	trato no se cele ometo a toma e mi profesión. JROS a emitir ellas, tendrán la ación suministra esar, solicitar, nn. Asimismo, verificar datos, e cambios que	ebrara o se hici r las medidas r las medidas Esta solicitud la póliza solici as consecuenc ada, de acuerc suministrar o o autorizo a M información pe	era bajo otras con de precaución y no implica compr tada en mi condicias estipuladas podo con los procedidivulgar, únicamer INK SEGUROS ersonal, sean dato	diciones; rec de prevenci romiso algun- ción de tomaco or la normativa mientos que mien a las entica para accede os personales	conozco que, de h cón, oportunas y o de mi parte de dor de la misma. va vigente. para tales efecto dades legalmente er a los sistema s de acceso irrest	aber reticencia necesarias pa aceptar la póli s tenga dispue e autorizadas, o is de empres ricto o de acce	a o ara iza esto. de sas eso

(506) 4102-7600



www.mnkseguros.com

PROCESO DE ANÁLISIS (ACEPTACIÓN O RECHAZO) USO EXCLUSIVO **DE MNK SEGUROS**

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos de MNK SEGUROS deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si MNK SEGUROS no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En

casos de complejidad excepcional, MNK SEGUROS deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de 2 meses.

ACEPTADO □ RECHAZADO □	Fecha:	Observaciones:
FUNCIONARIO AUTORIZADO:	INSTANCIA/DEPARTAMENTO:	NOTA: El solicitante tendrá derecho a recibir información sobre el estatus de esta solicitud o bien solicitar reconsideración sobre una decisión disconforme, para lo cual podrá dirigirse al mismo funcionario y departamento que ha firmado este proceso de análisis (aceptación o rechazo). MNK SEGUROS deberá responder dentro de los siguientes 30 días naturales contados desde la última comunicación recibida. Las comunicaciones serán regidas por la cláusula de comunicaciones establecidas en Condiciones Generales.

INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE **SEGURO**

- Declaro como solicitante haber recibido o tenido acceso a la información relativa al contrato de seguro previo al perfeccionamiento del seguro; particularmente he tenido acceso a las Condiciones Generales de este seguro y manifiesto haberlas entendido, aceptándolas con la firma de la presente solicitud de seguro. -He sido informado que:
- a) Una vez suscrito el contrato, se me entregará la póliza de seguro correspondiente; b) Tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la

correspondiente a sus modificaciones y adiciones, y; c) Puedo además consultar las Condiciones Generales a través de la dirección electrónica:

www.minkocgaroo.com.			
FIRMA Y N° DE	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR: Nombre:	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	LUGAR:
	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.

(506) 4102-7600