

SOLICITUD DE SEGURO
SEGURO DE RESPONSABILIDAD
CIVIL UMBRELLA



Fecha: 15/11/2024

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F72

Ver: 4.0

() MODALIDAD COLONES () MODALIDAD DÓLARES

FECHA EMISIÓN:		VIGENCIA: DESDE:		HASTA:		PÓLIZA N°:			
NOTA: Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MNK SEGUROS , ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.									
DATOS DEL SOLICITANTE (TOMADOR)									
Nombre y apellidos o razón social:						Cédula de identidad o jurídica:			
¿Posee doble nacionalidad?: ☐ Sí ☐ No				En caso afirmativo indicar nacionalidad y número de identificación:					
MEDIOS PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:	Correo electrónico:			Correo para envío de factura electrónica:					
	Tel. trabajo:			Tel. habitación:		Tel. celular:			
	Provincia			Cantón:		Distrito:			
	Otras señas:								
	Profesión:								
Actividad económica en que se desempeña:				País donde se desempeña la actividad:					
INFORMACION NECESARIA UNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS									
Nombre Completo del Representante legal:						Número de Identificación:			
DATOS DEL ASEGURADO (Llenar sólo en caso de que sea diferente al tomador)									
Nombre y apellidos o razón social:						Cédula de identidad o jurídica:			
MEDIOS PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:	Correo electrónico:			Tel. celular:		Otros teléfonos:			
	Provincia:			Cantón:		Distrito:			
	Otras señas:								
PERIODICIDAD EN EL PAGO DE LA PRIMA Y RECARGO FINANCIERO APLICABLE									
COLONES					DÓLARES				
Vigencia del Seguro	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	Vigencia del Seguro
Anual	☐ 0%	☐ 4%	☐ 6%	☐ 8%	☐ 0%	☐ 2%	☐ 3%	☐ 4%	Anual
Semestral	N/A	☐ 0%	☐ 4%	☐ 7%	N/A	☐ 0%	☐ 2%	☐ 3.5%	Semestral
Trimestral	N/A	N/A	☐ 0%	☐ 5%	N/A	N/A	☐ 0%	☐ 2.5%	Trimestral
Mensual	N/A	N/A	N/A	☐ 0%	N/A	N/A	N/A	☐ 0%	Mensual
MODO DE PAGO									
☐ Cargo automático a tarjeta de débito/crédito (se debe adjuntar el formulario de autorización)									
☐ Deducción de cuenta bancaria del cliente (se debe adjuntar el formulario de autorización)									
☐ Directo en caja y/o cobro en línea									
☐ Depósito en cuentas de MNK SEGUROS									
LÍMITES ASEGURADOS SOLICITADOS PARA LA COBERTURA									
COBERTURA ASEGURADA			SUMA ASEGURADA				PRIMA		
			En miles ₡		En miles \$		₡	\$	
☐	Responsabilidad Civil Umbrella	L.U.C							
		L.A.A.							
TOTALES:									
PÓLIZAS BÁSICAS INCLUIDAS									
No. DE PÓLIZA	LÍNEA SEGURO	ENTIDAD ASEGURADORA	MONTO SUSCRITO	VIGENCIA					
				DESDE	HASTA				

			TOTALES:		
DATOS GENERALES SOBRE EL RIESGO					
Giro de negocios del asegurado					
Dirección del riesgo a asegurar		Provincia:	Cantón:	Distrito:	
Otras señas:					
LIMITES DE PARTICIPACION MINIMOS CONFORME MONTO ASEGURADO					
MONTO SUSCRITO			LIMITE MINIMO DE PARTICIPACION		
HASTA ₡ 1.000.000.000.00 / USD 2.000.000.00			₡10.000.000.00 / USD 20.000.00		
HASTA ₡ 1.500.000.000.00 / USD 3.000.000.00			₡ 22.500.000.00 / USD 45.000.00		
HASTA ₡2.000.000.000.00 / USD 4.000.000.00			₡30.000.000.00 / USD 60.000.00		
HASTA ₡2.500.000.000.00 / USD 5.000.000.00			₡50.000.000.00 / USD 100.000.00		
¿HAN TENIDO O TIENEN OTRAS PÓLIZAS DE ESTE TIPO : ☐ NO ☐ SÍ, DETALLE					
NOMBRE DE LA ASEGURADORA		PÓLIZA NO.		VIGENCIA DE LA PÓLIZA	
¿HAN OCURRIDO SINIESTROS ANTERIORES A LOS BIENES QUE SE PRETENDE ASEGURAR: ☐ NO ☐ SÍ, DETALLE					
FECHA SINIESTRO		MONTO DEL SINIESTRO		NOMBRE DE LA ASEGURADORA	
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.					
Nombre y firma del solicitante			En caso de persona jurídica, cargo que ocupa		Firmado en _____ El día ____ del mes de _____ del año _____
(Nombre)	(Firma)	(Cédula)			
Nombre del intermediario		Código del intermediario		Firma del intermediario	
Aceptado por		Fecha aceptación		Autorizado por	
La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 29, Inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro N° G08-07-A13-533 V4.0 de fecha 16 de octubre 2025.					