

SOLICITUD DE SEGURO
**SEGURO OBLIGATORIO DE
RIESGOS DEL TRABAJO**



Fecha: 06/11/2024

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F142

Ver: 1

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 OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Actividad Económica	Fecha de ejecución de la actividad:	Desde: _____ hasta: _____
Dirección exacta donde se desarrollará la actividad económica:		
Provincia:	Cantón:	Distrito:
TIPO DE PLANILLA: ☐ MENSUAL ☐ ESPECIAL ☐ NO PRESENTA		MONTO ESTIMADO DE PLANILLA MENSUAL:
OBSERVACIONES:		

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

OTROS TEMAS

TRÁMITE	EMISIÓN ☐ REHABILITACIÓN ☐ VARIACIÓN ☐
----------------	---

DECLARACIONES

- Declaro que la información brindada en esta solicitud puede ser utilizada por MNK Seguros para cumplimentar las medidas establecidas en la normativa vigente en materia de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo.
- 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 7786, 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.

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:
MONTO ASEGURADO:	CÓDIGO DE ACTIVIDAD:	PRIMA ANUAL ESTIMADA:
FUNCIONARIO AUTORIZADO:	INSTANCIA/DEPARTAMENT O:	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 establecida 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.mnkseguros.com

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	LUGAR:
	Nombre:		_____
	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 autorización del 06 de noviembre del 2024.

