

SOLICITUD DE SEGURO

SEGURO DE
INSOLVENCIA Y
PÉRDIDAS PECUNIARIAS



Fecha: 15/01/2022 Código: SGC-GTE-SUS-P01-F147 Ver:3.0

Solicitud de: Emisión ☐ Modificación ☐ Renovación ☐			
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.			
Lugar:		Fecha:	
1. DATOS DEL TOMADOR			
Nombre y apellidos o razón social:		Identificación número:	
Tipo de documento:		Tipo de documento:	
Fecha de Nacimiento:		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
¿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:	
	Teléfono trabajo:	Telf. Habitación	Tel. Celular
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Otras señas:		
Actividad económica en que se desempeña:		País donde se desempeña la actividad:	
2. INFORMACIÓN NECESARIA ÚNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS			
Nombre Completo del Representante legal		Número de identificación	
3. DATOS DEL ASEGURADO (Llenar sólo en caso de que sea diferente al tomador)			
Nombre y apellidos o razón social:		Identificación número:	
Tipo de documento:		Tipo de documento:	
Profesión:		Nº de carné del Colegio Profesional:	
Colegio Profesional:		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Dirección para recibir notificaciones:	Correo electrónico:	Teléfono celular:	Otro teléfono:
	Teléfono trabajo:	Teléfono habitación:	Dirección postal:
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Otras señas:		
4. DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO			
Tipo de operaciones crediticias a asegurar:			
¿Cuenta con un Reglamento de Crédito vigente? ☐ Sí ☐ No. En caso de ser afirmativa la respuesta favor aportarlo para el análisis de la presente solicitud.			
¿Cuenta con Estándares de suscripción de créditos? ☐ Sí ☐ No. En caso de ser afirmativa la respuesta favor aportarlo para el análisis de la presente solicitud.			
¿Cuál es el límite de créditos otorgados a un mismo deudor o Grupo Financiero o de Interés Económico?			
¿Cuenta con Estándares de Cobro de créditos? ☐ Sí ☐ No. En caso de ser afirmativa la respuesta favor aportarlo para el análisis de la presente solicitud.			
¿Cuenta con un Balance de Situación y Estado de Pérdidas y Ganancias de los tres últimos períodos fiscales auditados, así como un corte reciente con una antigüedad no mayor a seis (6) meses? ☐ Sí ☐ No. En caso de ser afirmativa la respuesta favor aportarlo para el análisis de la presente solicitud.			
¿Se encuentra registrado ante la Superintendencia General de Entidades Financieras? ☐ Sí ☐ No. En caso de ser afirmativa indique su número de licencia o acreditación:			
¿Su emisión supera el monto de US\$1.000.000,00 o su equivalente en colones? ☐ Sí ☐ No. En caso de ser afirmativa la respuesta indique el monto de su emisión:			
¿Se verifica el crédito de sus clientes? ☐ Sí ☐ No ☐	En caso positivo, indique de dónde obtiene su información de verificación de crédito:		
	☐ Agentes ☐ Bancos ☐ Agencias de Crédito	☐ Comercio/Asociaciones ☐ Referencias de Comercio ¿Cuántas?: _____ ☐ Otros: _____	
¿Alguna vez le han negado un seguro para sus créditos comerciales? ☐ Sí ☐ No ☐ En caso positivo, proporcione detalles de por qué se le negó el seguro para sus créditos comerciales en el espacio provisto a continuación:			
¿Incluye la reserva de dominio en sus contratos de compraventa y / o acuerdos comerciales? ☐ Sí ☐ No ☐ En caso positivo, proporcione detalles y adjunte una copia de su contrato estándar o términos y condiciones en el espacio provisto a continuación:			

¿Registra sus garantías reales en todas las cuentas del Registro de valores de propiedad personal (PPSR)? Sí ☐ No ☐ En caso positivo, proporcione detalles de sus criterios de selección en el espacio provisto a continuación:			
En el curso normal de su negocio, ¿tiene alguna otra póliza de seguro relevante? Sí ☐ No ☐ En caso positivo, proporcione detalles de los tipos de pólizas que tiene en el espacio provisto a continuación:			
¿Tiene seguro de crédito actualmente? Sí ☐ No ☐		En caso positivo, indique la fecha de vencimiento de la(s) póliza (s) :	
Adjuntar detalle de la Cartera de Crédito actual y morosidad detallada de la cartera:			
¿Hay alguna información adicional que deba revelarnos para ayudarnos a evaluar el riesgo? Sí ☐ No ☐ En caso positivo, Proporcione cualquier información adicional que desee divulgar en el espacio provisto a continuación			
TOTAL TRIMESTRAL DE SALDOS DEUDORES:			
Indicar moneda en la que se suministran los datos: ☐ Colones ☐ Dólares			
Al 31 de marzo pasado:	Al 30 de junio pasado:	Al 30 de septiembre pasado:	Al 31 de diciembre pasado:
5. PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO			
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐	Desde: _____ Hasta: _____		
6. ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES			
COBERTURAS Y MONTOS SOLICITADOS			
COBERTURA BÁSICA	LÍMITE MÁXIMO POR INDEMNIZAR DURANTE LA VIGENCIA	LÍMITE MÁXIMO POR PRÉSTAMO ELEGIBLE	LÍMITE MÁXIMO DE PRÉSTAMOS POR DEUDOR
Cobertura Básica – INSOLVENCIA			
COBERTURA OPCIONAL	CANTIDAD DE CUOTAS DEL CRÉDITO A INDEMNIZAR POR OTRAS PÉRDIDAS PECUNIARIAS		
Cobertura Opcional — OTRAS PÉRDIDAS PECUNIARIAS ☐			
PERIODO DE CARENCIA PARA CADA PRÉSTAMO ELEGIBLE:			
PLAZO MÍNIMO DE INCUMPLIMIENTO PARA PÉRDIDAS PECUNIARIAS: ☐ 180 días ☐ 365 días ☐ Dos años ☐ Otro: _____			Moneda: ☐ Colones ☐ Dólares
7. OTROS TEMAS			
MODO DE PAGO DE LA PRIMA			
☐ Cargo Automático a tarjeta de débito/ crédito ☐ Directo en caja y/o cobro en línea (se debe adjuntar el formulario de autorización). ☐ Deducción de cuenta bancaria del cliente ☐ Depósito en cuentas de MNK Seguros (se debe adjuntar el formulario de autorización).			
PLURALIDAD DE SEGUROS			
¿Mantiene actualmente seguro de crédito? Sí ☐ NO ☐	Entidad aseguradora:		Número de póliza:
	En caso afirmativo, favor indicar vigencia: DESDE:		HASTA:
¿Se ha presentado alguna reclamación contra usted o contra algún asistente en los últimos cinco (5) años?	Sí ☐ NO ☐	En caso afirmativo, favor indicar detalles en documento separado.	
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.			
8. 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 establecida en Condiciones Generales	
9. 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: _____ Puesto: _____	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	LUGAR: _____ 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 SGC-GTE-SUS-P01-F147 V3.0 de fecha 20 de junio 2025.			