

Lugar:					Fecha:					
IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGUROS COLECTIVA										
Póliza No.			Tomador:				Número de Identificación:			
PLAZO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA			DESD E	D	M	A	HASTA	D	M	A
IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO										
No Certificado			Asegurado:				Número de Identificación:			
Direcciones para recibir notificaciones:	Correo electrónico:				Teléfono Celular:			Otros teléfonos:		
	Provincia:				Cantón:			Distrito:		
	Otras señas:									
DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO										
Tipo de Notario: ☐ Privado - ☐ Consular ☐ Al servicio de la Administración Pública o del Estado										
Graduado en:					Año:					
NIVEL ACADÉMICO: ☐ LIC ☐ MASTER ☐ DOCTOR ☐ OTRO										
Años de experiencia:					Labora en:					
INCORPORADO AL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA:							☒ SÍ		Año de incorporación:	
☐ NO										
AUTORIZADO POR LA DIRECCIÓN NACIONAL DE NOTARIADO (DNN):							☒ SÍ ☐		Año de autorización:	
NO										
DATOS DE COBERTURA, SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS										
COBERTURAS ASEGURADAS					DEDUCIBLE	SUMAS ASEGURADAS		PRIMA		
☒	Cobertura básica: Responsabilidad Civil Profesional (Notarios Públicos)									
EXTENSIONES DE COBERTURA										
☒	Herederos y Representantes Legales									
☒	Cónyuges									
COBERTURA OPCIONAL										
☐	Por acción Penal									
					Total					
PLAZO DE VIGENCIA: Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ DESDE: HASTA:										
Nota: Analizar si las vigencias individuales se ajustan luego a la vigencia de la póliza colectiva, en esa medida incluir nota aclaratoria										
MONTO DE LA PRIMA A PAGAR					PRIMA NETA					
					RECARGO POR FRACCIONAMIENTO					
					DESCUENTO					
					IMPUESTO DE VENTA					
					PRIMA TOTAL					
CONDICIONES DE PAGO:										
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, 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.mnkseguros.com Como Asegurado podrá obtener información y asesoría respecto a la póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios: Teléfono: (506) 4102-7600; Correo electrónico: contacto@mnkseguros.com ; Sitio web www.mnkseguros.com										
FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL ASEGURADO			SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:				NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO			
			NOMBRE:							
			PUESTO:							
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 G08-80-A13-1077 V6.0 de fecha de registro 14 de junio de 2025.										