

SOLICITUD DE SEGURO (ASEGURADO)
SEGURO DE RESPONSABILIDAD
CIVIL PROFESIONAL (COLECTIVO)



Fecha: 03/12/2024

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F115

Ver: 6.0

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:	
DATOS DEL SOLICITANTE (TOMADOR)			
Nombre y apellidos o Razón social:		Identificación número:	
Tipo de documento:			
Dirección para recibir Notificaciones:	Correo Electrónico:	Teléfono Celular:	Otro teléfono:
	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:	Dirección Postal:
	Provincia	Cantón	Distrito
	Otras señas:		
Dirección de cobro:			
DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO			
Actividad económica del Tomador:			
Actividad económica de los profesionales a asegurar:			
Grado académico de los profesionales a asegurar:			
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO:		ANUAL	DESDE:
			HASTA:
ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES			
DATOS DE COBERTURAS, TARIFAS Y PRIMAS			
COBERTURA BÁSICA		SUMA A ASEGURAR (DÓLARES O COLONES)	
Cobertura 3.1	RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL		
COBERTURAS OPCIONALES		SUMA A ASEGURAR (DÓLARES O COLONES)	
Cobertura 4.1	NO IMPUTACIÓN		
Cobertura 4.2	FRAUDE Y DESHONESTIDAD		
Cobertura 4.3	NEGOCIOS PREVIOS		
Cobertura 4.4	DIRECTORES SALIENTES		
Cobertura 4.5	PÉRDIDA DE DOCUMENTOS		
Cobertura 4.6	CONSULTORES, SUB-CONTRATISTAS Y AGENTES		
Cobertura 4.7	HEREDEROS Y REPRESENTANTES LEGALES		
Cobertura 4.8	FIDELIDAD		
Cobertura 4.9	TRANSFERENCIA FORZADA		
Cobertura 4.10	INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL		
Cobertura 4.11	INJURIAS Y CALUMNIAS		
Cobertura 4.12	PROPIEDAD INTELECTUAL		
Cobertura 4.13	COBERTURA CONTINUA		
Cobertura 4.14	RUN-OFF (RENOVACIÓN)		
Cobertura 4.15	SUBSIDARIA RECIÉN ADQUIRIDA O CREADA		
Modalidad de contratación:		Forma de pago	
☐ CONTRIBUTIVA ☐ NO CONTRIBUTIVA			
Modo de pago		Periodicidad	Recargo Financiero
Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización)		☐ Anual	No tiene
Deducción de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización)		☐ Semestral	4% sobre prima anual
Directo en Caja y/o Cobro en línea		☐ Trimestral	6% sobre prima anual
Depósito en cuentas de MNK SEGUROS		☐ Mensual	8% sobre prima anual

OTROS TEMAS

☐ COTIZACIÓN ☐ EMISIÓN ☐ VARIACIÓN

PÓLIZA N°:

MODALIDAD DE MONEDA:

☐ COLONES

☐ DÓLARES

OBSERVACIONES:

PLURALIDAD DE SEGUROS

¿Mantiene actualmente otro seguro?

SÍ ☐ NO ☐

Entidad Aseguradora:

Número de Póliza:

En caso Afirmativo, favor indicar vigencia:

DESDE:

HASTA:

¿Se ha presentado alguna reclamación contra usted o su representada en los últimos cinco (5) años?

SI:

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.

- Declaro a través de esta Solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere la Ley sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas (Ley 8204 de la República de Costa Rica).

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.

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 de la cobertura 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

SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:

Nombre: _____

Puesto: _____

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL SOLICITANTE

NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO

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 G08-06-A13-785 V6.0 de fecha 02 de julio 2025.



Cédula jurídica 3-101-666929, licencia N° A13.



San José, Sabana, 100 metros este de la agencia Datsun-Nissan.



(506) 4102-7600



contacto@mnkseguros.com



www.mnkseguros.com

SOLICITUD DE SEGURO (ASEGURADO)
**SEGURO DE RESPONSABILIDAD
 CIVIL PROFESIONAL (COLECTIVO)**



Fecha: 03/12/2024

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F115

Ver: 6.0

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:	Número de póliza colectiva:	Tomador:
--------	--------	-----------------------------	----------

DATOS DEL SOLICITANTE (PROPUESTO ASEGURADO)

Nombre y apellidos o Razón social:		Identificación número:		Tipo de documento:
Dirección para recibir Notificaciones:	Correo Electrónico:	Teléfono Celular:	Otro teléfono:	
	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:	Dirección Postal:	
	Provincia	Cantón	Distrito	
	Otras señas:			

DATOS ESPECIALES DEL PROFESIONAL A ASEGURAR

Profesión:	Graduado en:	Año:
NIVEL ACADÉMICO: LIC MASTER DOCTOR OTRO	Años de experiencia:	Labora en:
Colegio:	INCORPORADO AL COLEGIO RESPECTIVO: SI NO	Año de incorporación:

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

Experiencia Laboral		
Tipo de riesgo a cubrir:		
Indique las 3 últimas Instituciones donde ha Ejercido su Profesión y Tiempo de Servicio:		
En:	Desde:	Hasta:
En:	Desde:	Hasta:
En:	Desde:	Hasta:
Actividad Laboral Actual:		Cargo:
VIGENCIA DEL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL	DESDE:	HASTA:

ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

DATOS DE COBERTURAS, TARIFAS Y PRIMAS

COBERTURAS BÁSICAS		SUMA A ASEGURAR (DÓLARES O COLONES)
Cobertura 3.1	RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
COBERTURAS OPCIONALES		SUMA A ASEGURAR (DÓLARES O COLONES)
Cobertura 4.1	NO IMPUTACIÓN	
Cobertura 4.2	FRAUDE Y DESHONESTIDAD	
Cobertura 4.3	NEGOCIOS PREVIOS	
Cobertura 4.4	DIRECTORES SALIENTES	
Cobertura 4.5	PÉRDIDA DE DOCUMENTOS	
Cobertura 4.6	CONSULTORES, SUB-CONTRATISTAS Y AGENTES	
Cobertura 4.7	HEREDEROS Y REPRESENTANTES LEGALES	
Cobertura 4.8	FIDELIDAD	
Cobertura 4.9	TRANSFERENCIA FORZADA	
Cobertura 4.10	INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL	
Cobertura 4.11	INJURIAS Y CALUMNIAS	
Cobertura 4.12	PROPIEDAD INTELECTUAL	
Cobertura 4.13	COBERTURA CONTINUA	
Cobertura 4.14	RUN-OFF (RENOVACIÓN)	

Cobertura 4.15		SUBSIDIARIA RECIÉN ADQUIRIDA O CREADA			
Modo de pago				Forma de pago	
				Periodicidad	Recargo Financiero
Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización)				☐ Anual	No tiene
Deducción de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización)				☐ Semestral	4% sobre prima anual
Directo en Caja y/o Cobro en línea				☐ Trimestral	6% sobre prima anual
Depósito en cuentas de MNK SEGUROS				☐ Mensual	8% sobre prima anual
OTROS TEMAS					
☐ COTIZACIÓN		☐ EMISIÓN	☐ VARIACIÓN	PÓLIZA N°:	MODALIDAD DE MONEDA: ☐ COLONES ☐ DÓLARES
OBSERVACIONES:					
PLURALIDAD DE SEGUROS					
¿Mantiene actualmente otro seguro? Sí ☐ NO ☐			Entidad Aseguradora:		Número de Póliza:
			En caso Afirmativo, favor indicar vigencia: DESDE:		HASTA:
¿Se ha presentado alguna reclamación contra usted o su representada en los últimos cinco (5) años?			SI:	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. - Declaro a través de esta Solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere la Ley sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas (Ley 8204 de la República de Costa Rica).					
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.					
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 de la cobertura 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 SOLICITANTE			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 G08-06-A13-785 V6.0 de fecha 02 de julio 2025.					