

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?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 0%    | <input type="checkbox"/> 4% | <input type="checkbox"/> 6% | <input type="checkbox"/> 8%                                         | <input type="checkbox"/> 0% | <input type="checkbox"/> 2%     | <input type="checkbox"/> 3% | <input type="checkbox"/> 4%   | Anual               |
| Semestral                                                                                                                                                                                                                                                    | N/A                            | <input type="checkbox"/> 0% | <input type="checkbox"/> 4% | <input type="checkbox"/> 7%                                         | N/A                         | <input type="checkbox"/> 0%     | <input type="checkbox"/> 2% | <input type="checkbox"/> 3.5% | Semestral           |
| Trimestral                                                                                                                                                                                                                                                   | N/A                            | N/A                         | <input type="checkbox"/> 0% | <input type="checkbox"/> 5%                                         | N/A                         | N/A                             | <input type="checkbox"/> 0% | <input type="checkbox"/> 2.5% | Trimestral          |
| Mensual                                                                                                                                                                                                                                                      | N/A                            | N/A                         | N/A                         | <input type="checkbox"/> 0%                                         | N/A                         | N/A                             | N/A                         | <input type="checkbox"/> 0%   | Mensual             |
| MODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                             |                             |                                                                     |                             |                                 |                             |                               |                     |
| <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de débito/crédito (se debe adjuntar el formulario de autorización)                                                                                                                                       |                                |                             |                             |                                                                     |                             |                                 |                             |                               |                     |
| <input type="checkbox"/> Deducción de cuenta bancaria del cliente (se debe adjuntar el formulario de autorización)                                                                                                                                           |                                |                             |                             |                                                                     |                             |                                 |                             |                               |                     |
| <input type="checkbox"/> Directo en caja y/o cobro en línea                                                                                                                                                                                                  |                                |                             |                             |                                                                     |                             |                                 |                             |                               |                     |
| <input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de MNK SEGUROS                                                                                                                                                                                                  |                                |                             |                             |                                                                     |                             |                                 |                             |                               |                     |
| LÍMITES ASEGURADOS SOLICITADOS PARA LA COBERTURA                                                                                                                                                                                                             |                                |                             |                             |                                                                     |                             |                                 |                             |                               |                     |
| COBERTURA ASEGURADA                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                             | SUMA ASEGURADA              |                                                                     |                             |                                 | PRIMA                       |                               |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |                             | En miles ₡                  |                                                                     | En miles \$                 |                                 | ₡                           | \$                            |                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                     | 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 : <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ, DETALLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
| NOMBRE DE LA ASEGURADORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         | PÓLIZA NO.               |                                              | VIGENCIA DE LA PÓLIZA    |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
| ¿HAN OCURRIDO SINIESTROS ANTERIORES A LOS BIENES QUE SE PRETENDE ASEGURAR: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ, DETALLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
| FECHA SINIESTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         | MONTO DEL SINIESTRO      |                                              | NOMBRE DE LA ASEGURADORA |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
| DECLARACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
| <p>- 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.</p> <p>- Entiendo que las declaraciones con falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la normativa vigente.</p> <p>- Me obligo con MNK SEGUROS a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tales efectos tenga dispuesto.</p> <p>- 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.</p> <p>- 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.</p> |         |                          |                                              |                          |                                                                   |
| Nombre y firma del solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                          | En caso de persona jurídica, cargo que ocupa |                          | Firmado en _____<br>El día ____ del mes de _____<br>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 <b>G08-07-A13-534 V4.0</b> para el seguro en dólares de fecha 07 de octubre 2025.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                          |                                              |                          |                                                                   |