

( ) MODALIDAD COLONES ( ) MODALIDAD DÓLARES

Fecha: 07/05/2014

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F83

Ver: 1.0

<input type="checkbox"/> COTIZACIÓN	<input type="checkbox"/> EMISIÓN	<input type="checkbox"/> VARIACIÓN	VIGENCIA:	DESDE:		HASTA:		PÓLIZA Nº:	
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:			<input type="checkbox"/> Valor de Reposición (V.R.)			<input type="checkbox"/> Valor Real Efectivo (V.R.E.)			
NOTA: Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por OCEÁNICA, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.									
<b>DATOS DEL SOLICITANTE (TOMADOR)</b>									
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:				
<b>MEDIOS PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:</b>	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:				
<b>INFORMACION NECESARIA UNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS</b>									
Nombre Completo del Representante legal:							Número de Identificación:		
<b>DATOS DEL ASEGURADO (Llenar sólo en caso de que sea diferente al tomador)</b>									
Nombre y apellidos o razón social:							Cédula de identidad o jurídica:		
<b>MEDIOS PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:</b>	Correo electrónico:			Tel. celular:		Otros teléfonos:			
	Provincia:			Cantón:		Distrito:			
	Otras señas:								
<b>PERIODICIDAD EN EL PAGO DE LA PRIMA Y RECARGO FINANCIERO APLICABLE</b>									
<b>COLONES</b>					<b>DÓLARES</b>				
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
<b>MODO DE PAGO</b>									
<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 OCEÁNICA									
<b>MARQUE LAS COBERTURAS QUE DESEA INCLUIR:</b>									
Cobertura A – Incendio y otros riesgos (Básica)				<input type="checkbox"/>	Cobertura B – deterioro de bienes contenidos en cámaras de refrigeración, refrigeradores o neveras				<input type="checkbox"/>
Cobertura C – robo y/o asalto				<input type="checkbox"/>	Cobertura D – Equipo Electrónico				<input type="checkbox"/>
Cobertura E – Responsabilidad Civil Extracontractual				<input type="checkbox"/>	Cobertura F – Pérdidas Indirectas				<input type="checkbox"/>
<b>RUBROS Y SUMAS ASEGURADAS</b>									

( ) MODALIDAD COLONES ( ) MODALIDAD DÓLARES

Fecha: 07/05/2014

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F83

Ver: 1.0

RUBROS INCLUIDOS		SUMAS A ASEGURAR POR RUBRO	PRIMA
<input type="checkbox"/>	Edificio		
<input type="checkbox"/>	Maquinaria y Equipo		
<input type="checkbox"/>	Existencias		
<input type="checkbox"/>	Pérdidas Indirectas		
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Extracontractual	LUC	
		LAA	
<b>TOTALES</b>			

**SUB LÍMITES SOBRE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL (no incrementan monto asegurado):**

Atención médica inmediata	<input type="checkbox"/>	Parqueos	<input type="checkbox"/>
Carga y descarga	<input type="checkbox"/>	Bienes propiedad terceros bajo custodia asegurado	<input type="checkbox"/>
Productos	<input type="checkbox"/>	Robo con violencia a comensales	<input type="checkbox"/>
Vigilancia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Tipo de restaurante (marque opciones que describa al mismo)**

Cuenta con clasificación Internacional:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Numero de estrellas:	
<input type="checkbox"/>	Capacidad de mesas /comensales:	<input type="checkbox"/>	Tipo: Servicio a mesas <input type="checkbox"/> Autoservicio <input type="checkbox"/> Comidas rápidas <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cuenta con salones actividades especiales:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ofrece servicio entrega a domicilio:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cuenta con juegos o parques infantiles: :	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ofrece servicios degustación:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Distancia máxima entrega:		<input type="checkbox"/>

**INFORMACION ADICIONAL DE LOS PREDIOS DONDE ESTA EL RESTAURANTE A ASEGURAR:**

NÚMERO DE ZONAS DE RIESGO:		PARA CADA ZONA SE DEBE LLENAR UNA SOLICITUD ADICIONAL.	
DIRECCIÓN EXACTA DEL RIESGO A ASEGURAR:	PROVINCIA:	CANTÓN:	DISTRITO:
DIRECCIÓN EXACTA:			
EDIFICIO(S) PROPIEDAD DE:		SE UTILIZAN EN FORMA TOTAL A LA ACTIVIDAD ASEGURADA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EL TERRENO MIDE	M2	NÚMERO DE PISOS:	NUMERO UNIDADES INDEPENDIENTES:
¿POSEE ASCENSORES?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CAPACIDAD DE LOS ASCENSORES:	
CUENTA CON SALA DE BAILE:	NUMERO DE MESAS:	CUENTA CON CANTINA O BAR: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CUENTA CON JUEGOS INFANTILES:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DETALLE:	
ROTULACION DE SEGURIDAD: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIENE VIGILANCIA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VALET: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OTROS: (detalle)
NUMERO DE PARQUEOS:		CAPACIDAD VEHÍCULOS:	
TIENE ESPACIOS DEMARCADOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	EL ÁREA DE PARQUEO ESTÁ DELIMITADA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Fecha: 07/05/2014

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F83

Ver: 1.0

SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN:		
SISTEMA DE ALARMA INCENDIO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SISTEMA DE ALARMA ROBO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	EXISTEN HIDRANTES CERCANOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DISTANCIA: _____ MTS
SISTEMA DE DETECCIÓN INCENDIO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SISTEMA FIJO EXTINCIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ROCIADORES AUTOMÁTICOS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO COBERTURA ROCIADORES: <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL
¿HAY EXTINTORES DE INCENDIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁNTOS? _____ ¿DE QUÉ TIPO? _____
¿HAY PROTOCOLOS ESCRITOS DE EVACUACION? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿HAY BRIGADAS ESTABLECIDAS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
VIGILANCIA		
TIPO VIGILANCIA: PROPIA <input type="checkbox"/> EXTERNA <input type="checkbox"/> DETALLE: _____		NUMERO DE TURNOS DE VIGILANCIA: _____
CUENTA CON SISTEMA CCTV: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NÚMERO CAMARAS: _____ TIEMPO GRABACIÓN EFECTIVA: _____		NUMERO DE VIGILANTES POR TURNO: _____
EQUIPOS DE USO DEL RESTAURANTE		
PLANTA ELÉCTRICA DE EMERGENCIA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRANSFORMADORES PROPIOS: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
LAVADORAS INDUSTRIALES: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CÁMARAS DE REFRIGERACIÓN: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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 OCEÁNICA 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 OCEÁNICA. Esta solicitud no obliga a OCEÁNICA 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 OCEÁNICA a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tales efectos tenga dispuesto.</p> <p>- Autorizo a OCEÁNICA 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 OCEÁNICA 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 OCEÁNICA 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
(Nombre)	(Firma)	
		(Cédula)
		Firmado en _____ El día _____ del mes de _____ del año _____
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 N° G06-69-A13-544 para el seguro en colones y G06-69-A13-545 para el seguro en dólares de fecha de registro V-2.1: 28 de enero de 2023.		