

Fecha: 24/01/2019

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F115

Ver: 1

<b>NOTA:</b> 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.			
Lugar:	Fecha:	Número de póliza colectiva:	Tomador:
<b>DATOS DEL SOLICITANTE (PROPUESTO ASEGURADO)</b>			
Nombre y apellidos o razón social:		Identificación número:	Tipo de documento:
Dirección para recibir notificaciones:	Correo electrónico:	Teléfono celular:	Otro teléfono:
	Teléfono trabajo:	Teléfono habitación:	Dirección postal:
	Provincia	Cantón:	Distrito:
	Otras señas:		
<b>DATOS ESPECIALES DEL PROFESIONAL A ASEGURAR</b>			
Profesión:	Graduado en:	Año:	
NIVEL ACADÉMICO: <input type="checkbox"/> LIC <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> DOCTOR <input type="checkbox"/> OTRO	Años de experiencia:	Labora en:	
Colegio:	INCORPORADO AL COLEGIO RESPECTIVO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Año de incorporación:	
<b>DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO</b>			
Experiencia laboral			
Tipo de riesgo a cubrir:			
Indique las 3 últimas Instituciones donde ha ejercido su profesión y tiempo de servicio:			
En:	Desde:	Hasta:	
En:	Desde:	Hasta:	
En:	Desde:	Hasta:	
Actividad laboral actual:			Cargo:
VIGENCIA DEL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL	DESDE:	HASTA:	
<b>ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES</b>			
<b>DATOS DE COBERTURAS, TARIFAS Y PRIMAS</b>			
<b>COBERTURAS BÁSICAS</b>		<b>SUMA A ASEGURAR (DÓLARES O COLONES)</b>	
Cobertura 3.1	RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL		
<b>COBERTURAS OPCIONALES</b>		<b>SUMA A ASEGURAR (DÓLARES O COLONES)</b>	
Cobertura 4.1	NO IMPUTACIÓN		
Cobertura 4.2	FRAUDE Y DESHONESTIDAD		
Cobertura 4.3	NEGOCIOS PREVIOS		
Cobertura 4.4	DIRECTORES SALIENTES		
Cobertura 4.5	PÉRDIDA DE DOCUMENTOS		
Cobertura 4.6	CONSULTORES, SUB-CONTRATISTAS Y AGENTES		
Cobertura 4.7	HEREDEROS Y REPRESENTANTES LEGALES		
Cobertura 4.8	FIDELIDAD		
Cobertura 4.9	TRANSFERENCIA FORZADA		
Cobertura 4.10	INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL		
Cobertura 4.11	INJURIAS Y CALUMNIAS		
Cobertura 4.12	PROPIEDAD INTELECTUAL		
Cobertura 4.13	COBERTURA CONTINUA		
Cobertura 4.14	RUN-OFF (RENOVACIÓN)		
Cobertura 4.15	SUBSIDIARIA RECIÉN ADQUIRIDA O CREADA		
<b>Modo de pago</b>		<b>Forma de pago</b>	
		<b>Periodicidad</b>	<b>Recargo financiero</b>
Cargo automático a tarjeta de débito/crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización).		<input type="checkbox"/> Anual	No tiene
Deducción de cuenta bancaria del cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización).		<input type="checkbox"/> Semestral	4% sobre prima anual
Directo en caja y/o cobro en línea.		<input type="checkbox"/> Trimestral	6% sobre prima anual
Depósito en cuentas de OCEÁNICA.		<input type="checkbox"/> Mensual	8% sobre prima anual
<b>OTROS TEMAS</b>			
<input type="checkbox"/> COTIZACIÓN <input type="checkbox"/> EMISIÓN <input type="checkbox"/> VARIACIÓN		PÓLIZA N°:	MODALIDAD DE MONEDA: <input type="checkbox"/> COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES

Fecha: 24/01/2019

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F115

Ver: 1

<b>OBSERVACIONES:</b>		
<b>PLURALIDAD DE SEGUROS</b>		
¿Mantiene actualmente otro seguro? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entidad aseguradora:	Número de póliza:
	En caso afirmativo, favor indicar vigencia: DESDE:	HASTA:
¿Se ha presentado alguna reclamación contra usted o su representada en los últimos cinco (5) años?	Sí: NO:	En caso afirmativo, favor indicar detalles en documento separado
<b>DECLARACIONES</b>		
<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>- Declaro a través de esta Solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere la Ley sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas (Ley 8204 de la República de Costa Rica).</p>		
<b>Proceso de análisis (aceptación o rechazo)</b>		
<b>-USO EXCLUSIVO DE OCEÁNICA-</b>		
<p>La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos de OCEÁNICA deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si OCEÁNICA no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, OCEÁNICA deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de 2 meses.</p>		
<input type="checkbox"/> ACEPTADO	<input type="checkbox"/> RECHAZADO	Observaciones:
	Fecha:	
FUNCIONARIO AUTORIZADO:	INSTANCIA/DEPARTAMENTO:	
<p><b>NOTA:</b> El solicitante tendrá derecho a recibir información sobre el estatus de esta solicitud o bien solicitar reconsideración sobre una decisión disconforme, para lo cual podrá dirigirse al mismo funcionario y departamento que ha firmado este proceso de análisis (aceptación o rechazo). OCEÁNICA deberá responder dentro de los siguientes 30 días naturales contados desde la última comunicación recibida. Las comunicaciones serán regidas por la cláusula de comunicaciones establecida en condiciones generales.</p>		
<b>INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO</b>		
<p>- Declaro como solicitante haber recibido o tenido acceso a la información relativa al contrato de seguro previo al perfeccionamiento de la cobertura del seguro; particularmente he tenido acceso a las Condiciones Generales de este seguro y manifiesto haberlas entendido, aceptándolas con la firma de la presente solicitud de seguro.</p> <p>- He sido informado que: a) Una vez suscrito el contrato, se me entregará la Póliza de Seguro correspondiente; b) Tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones, y; c) Puedo además consultar las condiciones generales a través de la dirección electrónica: <a href="http://www.oceanica-cr.com">www.oceanica-cr.com</a></p>		
FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL SOLICITANTE	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO
	Nombre: _____	
	Puesto: _____	
<p>La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número G08-07-A13-785 V3.0 de fecha 20 de diciembre del 2023.</p>		