

Fecha: 25-11-2020

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F132

Ver: 1.0

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.					
Lugar:		Fecha:		Póliza No.	
DATOS DEL TOMADOR					
Nombre y apellidos o razón social:				Número de identificación:	
DATOS DEL SOLICITANTE					
Nombre y apellidos o razón social:				Número de identificación:	
¿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 OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO					
Esquema de Aseguramiento: <input type="checkbox"/> Licencia Individual <input type="checkbox"/> Permiso Temporal de Aprendizaje					
Tipo de Licencia a asegurar: A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> (No se pueden asegurar licencias de otras categorías)					
Tipo de Permiso Temporal de Aprendizaje a asegurar: A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/>					
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO			DESDE:		HASTA:
Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>					
DATOS DE COBERTURA, SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS					
COBERTURA		SUMA ASEGURADA		PRIMA	
<input checked="" type="checkbox"/>	A	Responsabilidad Civil (Cobertura Básica)			
<input type="checkbox"/>	I	Conducción Segura	<input type="checkbox"/> 1 evento por año póliza <input type="checkbox"/> 2 eventos por año póliza		
Total:					
DEDUCIBLES					
Escoger			2. Deducible combinado:		
1. Deducible fijo:			<input type="checkbox"/> 15% sobre la pérdida bruta con un mínimo de \$200		
<input type="checkbox"/> \$200			<input type="checkbox"/> 15% sobre la pérdida bruta con un mínimo de \$300		
<input type="checkbox"/> \$300			<input type="checkbox"/> 15% sobre la pérdida bruta con un mínimo de \$400		
<input type="checkbox"/> \$400			<input type="checkbox"/> 15% sobre la pérdida bruta con un mínimo de \$500		
<input type="checkbox"/> \$500					
OTROS TEMAS					
Trámite: <input type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Variación			Moneda: <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares		

PERIODICIDAD EN EL PAGO DE LA PRIMA Y RECARGO FINANCIERO APLICABLE

COLONES					DÓLARES				Vigencia del seguro
Vigencia del seguro	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	
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

Cargo Automático a tarjeta de débito/ crédito
 Directo en caja y/o cobro en línea (se debe adjuntar el formulario de autorización).

Deducción de cuenta bancaria del cliente
 Depósito en cuentas de Océánica (se debe adjuntar el formulario de autorización).

OBSERVACIONES:

PLURALIDAD DE SEGUROS

¿Actualmente mantiene seguro que ampare la Responsabilidad Civil mientras conduce algún tipo de vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entidad Aseguradora:	Número de póliza:
	En caso Afirmativo, favor indicar vigencia: DESDE: HASTA:	

¿Ha presentado alguna reclamación en los últimos 5 años? Sí No

DECLARACIONES

-Declaro formalmente, 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. Al respecto, 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.

- Declaro que la información brindada en esta Propuesta de Seguro puede ser utilizada por OCEÁNICA para cumplimentar las medidas de debida diligencia del cliente (DDC) establecidas en la normativa vigente en materia de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo.

- Me obligo con OCEÁNICA a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tales efectos tenga dispuesto.

- 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.

- 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.

PROCESO DE ANÁLISIS (ACEPTACIÓN O RECHAZO) USO EXCLUSIVO DE OCEÁNICA

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.

ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> FUNCIONARIO AUTORIZADO: INSTANCIA/DEPARTAMENTO:	Fecha: Observaciones: NOTA: El solicitante tendrá derecho a recibir información sobre el estatus de esta solicitud o bien solicitar reconsideración sobre una decisión disconforme, para lo cual podrá dirigirse al mismo funcionario y departamento que ha firmado este proceso de análisis (aceptación o rechazo). 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
--	--

INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO

- Declaro como solicitante haber recibido o tenido acceso a la información relativa al contrato de seguro previo al perfeccionamiento del seguro; particularmente he tenido acceso a las Condiciones Generales de este seguro y manifiesto haberlas entendido, aceptándolas con la firma de la presente solicitud de seguro. - He sido informado que: a) Una vez suscrito el contrato, se me entregará la póliza de seguro correspondiente; b) Tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones; y, c) Puedo además consultar las Condiciones Generales a través de la dirección electrónica: www.oceanica-cr.com

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL SOLICITANTE	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	HORA: _____
	NOMBRE: _____		FECHA: _____
	PUESTO: _____		

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número G08- A07-A13-882 de fecha de registro V4: 20 de diciembre de 2023