

Fecha: 27/04/2016

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F01

Ver:15.0

Nota: este documento solo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que ésta será aceptada por OCEÁNICA, 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:			Número de identificación:	
¿Posee doble nacionalidad?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, indique 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 la que se desempeña:			País donde se desempeña la actividad:	
INFORMACIÓN NECESARIA ÚNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS				
Nombre completo del representante legal:			Número de identificación:	
DATOS DEL ASEGURADO (LLENAR EN CASO DE QUE SEA DIFERENTE AL TOMADOR)				
Nombre y apellidos o razón social:			Número de identificación:	
MEDIOS PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:	Correo electrónico:		Tel. celular:	Otros teléfonos:
	Provincia:	Cantón:		Distrito:
	Otras señas:			
DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO				
DATOS DEL VEHÍCULO A ASEGURAR				
PLACA:	MARCA:	MODELO:	SERIE:	CHASIS:
VALOR ASEGURADO: <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares _____			USO DEL VEHÍCULO: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial	
¿El vehículo es exonerado de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO/ACREEDOR				
Nombre y apellidos:		Identificación:	Valor de la acreencia:	
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>			DESDE: _____ HASTA: _____	
DATOS DE COBERTURA, SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS				
COBERTURAS ASEGURADAS		SUMAS ASEGURADAS		PRIMA
<input type="checkbox"/>	A	RESPONSABILIDAD CIVIL (COBERTURA BÁSICA) - Lesión y/o Muerte de Terceras Personas - Daños a la Propiedad de Terceras Personas		
<input type="checkbox"/>		LÍMITE ÚNICO COMBINADO (LUC) (Solo se otorga cuando OCEÁNICA expresamente lo acepte).		
<input type="checkbox"/>	B	ATENCIÓN MEDICA Y GASTOS FUNERARIOS		
<input type="checkbox"/>	C	RESPONSABILIDAD CIVIL BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL		
<input type="checkbox"/>	D	DAÑO DIRECTO POR COLISIÓN Y/O VUELCO		
<input type="checkbox"/>	E	PARQUEO SEGURO		
<input type="checkbox"/>	F	ROBO Y/O HURTO		
<input type="checkbox"/>	H	RIESGOS ADICIONALES		
<input type="checkbox"/>	J	PÉRDIDA O SUSTRACCIÓN DE EFECTOS PERSONALES		
<input type="checkbox"/>	K	SUSTITUCIÓN DE VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> 7 días <input type="checkbox"/> 15 días	

<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de débito/crédito. <input type="checkbox"/> Directo en caja y/o cobro en línea (se debe adjuntar el formulario de autorización).		<input type="checkbox"/> Deducción de cuenta bancaria del cliente. <input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de Océánica (se debe adjuntar el formulario de autorización).	
OBSERVACIONES:			
DATOS DEL CONDUCTOR HABITUAL (LLENAR SOLO EN CASO DE QUE EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEA PERSONA JURÍDICA)			
Nombre completo:		Número de identificación:	
Relación con el tomador y/o asegurado:			
PLURALIDAD DE SEGUROS			
¿Actualmente mantiene seguro de automóviles para este bien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Entidad aseguradora:	
¿Ha presentado alguna reclamación en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
DECLARACIONES			
<p>- Declaro como solicitante mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy es veraz, objetiva y no es reticente ni falsa sobre hechos o circunstancias que, conocidos por OCEÁNICA, hubieran 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 y no obliga a OCEÁNICA a emitir la póliza solicitada en mi condición de tomador del seguro.</p> <p>- Declaro que la información brindada en esta solicitud 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.</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 tengan dispuestos.</p> <p>- Autorizo a OCEÁNICA, de 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 informada 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>			
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 ésta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados 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 los dos (2) meses.			
ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha:	Observaciones:	
FUNCIONARIO AUTORIZADO:	INSTANCIA/DEPARTAMENTO:	NOTA: el solicitante tendrá derecho a recibir información sobre el estado 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 treinta (30) días naturales contados desde la última comunicación recibida. Las comunicaciones serán regidas por la cláusula de comunicaciones establecida en las Condiciones generales.	
INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO			
<p>- Declaro como solicitante haber recibido o tenido acceso a la información relativa al contrato de seguro previo al perfeccionamiento de éste; 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 de que: a) Una vez suscrito el contrato, se me entregará la póliza de seguro correspondiente. b) Tengo derecho a solicitar, en cualquier momento, la copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones. c) Puedo, además, consultar las Condiciones generales a través de la dirección electrónica: www.oceanica-cr.com.</p>			
SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:			
NOMBRE: _____			HORA: _____
PUESTO: _____			FECHA: _____

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR		NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	
----------------------------------	--	------------------------------------------	--

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas 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 G01-01-A13-506 de fecha de registro V-15 18 de junio de 2024.