	<b>OCEÁNICA DE SEGUROS</b> <b>SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y OFICIALES</b> <b>SOLICITUD DE SEGURO</b>	FECHA: XX/XX/2018
		CÓDIGO:
		VER.: 1.1

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:
--------	--------

### DATOS DEL SOLICITANTE (TOMADOR)

RAZÓN SOCIAL:	Nº IDENTIFICACIÓN:	FECHA DE CONSTITUCIÓN:	
REPRESENTANTE LEGAL:	Nº IDENTIFICACIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO:	
PAÍS DE ORIGEN:	ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA:		
Dirección de para recibir Notificaciones:	Correo Electrónico:	Teléfono Celular:	Teléfono Trabajo:
	Teléfono Trabajo:	Número de Fax:	Dirección Postal:
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Otras señas:		

### DATOS DEL ASEGURADO (Llenar sólo en caso de que sea diferente al Tomador)

RAZÓN SOCIAL:	Nº IDENTIFICACIÓN:	FECHA DE CONSTITUCIÓN:	
REPRESENTANTE LEGAL:	Nº IDENTIFICACIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO:	
PAÍS DE ORIGEN:	ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA:		
Dirección de para recibir Notificaciones:	Correo Electrónico:	Teléfono Celular:	Teléfono Trabajo:
	Teléfono Trabajo:	Número de Fax:	Dirección Postal:
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Otras señas:		

### DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

¿La sociedad forma parte de un grupo económico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre o razón social:	Nº Identificación:
Dirección de la casa matriz:	Volumen de ventas anuales en US\$:	
¿Durante cuánto tiempo ha llevado negocios de forma ininterrumpidamente?	Número de ubicaciones:	Número de puntos de venta:

### SOCIEDADES SUBSIDIARIAS DIRECTAS O INDIRECTAS

NOMBRE	TIPO DE OPERACIÓN	FECHA DE CREACIÓN	LUGAR DE CONSTITUCIÓN

¿Desea que la póliza cubra a todas las subsidiarias o filiales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, incluir lista de todos los ejecutivos de cada subsidiaria. En otro caso, incluya lista de ejecutivos de cada subsidiaria para los que desea cobertura.
¿Tiene la compañía solicitante o alguna subsidiaria o filial, adquisición o fusión pendiente bajo consideración? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿Han sido aprobadas por la Junta Directiva? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿Han sido sometidas a la Asamblea de Accionistas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### DECLARACIONES SOBRE EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES Y OFICIALES

¿Ha habido algún reclamo pendiente en contra de cualquier persona que sería cubierta por el seguro solicitado, como consecuencia de sus responsabilidades como miembro de la Junta Directiva o Ejecutivo de la empresa solicitante o cualquiera de sus subsidiarias? En caso afirmativo, brinde detalles:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Algún miembro de la Junta Directiva o Ejecutivo de la empresa solicitante o de sus subsidiarias, tiene conocimiento o información de algún caso que pudiera dar lugar a un reclamo bajo la póliza aquí citada? En caso afirmativo, brinde detalles:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La Compañía, Subsidiaria o cualquier Director u Oficial de la Compañía ha estado sujeto en el pasado a alguna acción disciplinaria, multa, penalidad, investigación reglamentaria o investigación? En caso afirmativo, brinde detalles:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Nota: Es claro para el asegurado entender que de los casos en su conocimiento de situaciones previas a esta póliza, cualquier reclamo o acto negligente que resulta de ellos, se excluye de la presente solicitud.

### ESTADOS FINANCIEROS Y ACTIVIDADES COMERCIALES


¿La entidad privada registrada en Costa Rica ha tenido ingresos consolidados anuales no mayores a US\$50,000,000?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Los estados financieros más reciente de la compañía muestra un capital de trabajo positivo (activos corrientes menos pasivos corrientes)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿El último estado financiero de la Compañía muestra un patrimonio neto positivo (total de activos menos pasivos totales)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Alguna empresa del grupo cotiza en la bolsa de valores?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Las principales actividades comerciales de la sociedad implican la prestación de servicios financieros?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha habido reclamaciones contra la Sociedad, algún Consejero o Funcionario de la Sociedad en los últimos cinco años?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se han producido adquisiciones y/o fusiones o se han vendido y/o adquirido participaciones en los últimos cinco años?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿La Compañía tiene activos en Norteamérica, Canadá y/o Puerto Rico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Algún empleado tiene domicilio en Norteamérica, Canadá y/o Puerto Rico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

### PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

DESDE:		HASTA:	
--------	--	--------	--

### ELECCIÓN DE SUMA ASEGURADA

COBERTURA ÚNICA	SUMA A ASEGURAR (Opera bajo la modalidad de Límite Único Combinado y Límite Agregado Anual)
-----------------	---

	<b>OCEÁNICA DE SEGUROS</b> <b>SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y OFICIALES</b> <b>SOLICITUD DE SEGURO</b>	FECHA: XX/XX/2018
		CÓDIGO:
		VER.: 1.1

A) DIRECTORES Y ADMINISTRADORES B) REEMBOLSO A LA COMPAÑÍA C) HEREDEROS Y REPRESENTANTES LEGALES D) CÓNYUGES E) GASTOS DE REHABILITACIÓN DE IMAGEN PÚBLICA F) GASTOS POR SERVICIOS PROFESIONALES G) MANEJO DE CRISIS H) DIRECTORES Y ADMINISTRADORES DE COMPAÑÍA ASOCIADA	[INCLUIR]
--	-----------

DEDUCIBLE ALCANCE B) REEMBOLSO A LA COMPAÑÍA	[INCLUIR]
--	-----------

**OTROS TEMAS**

RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA TOMADOR  ASEGURADO

**MODO DE PAGO**

<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito. (Se debe adjuntar el formulario de autorización)	<input type="checkbox"/> Directo en Caja y/o Cobro en línea
<input type="checkbox"/> Dedución de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización)	<input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de OCEÁNICA

TIPO DE SOLICITUD: COTIZACIÓN <input type="checkbox"/> EMISIÓN <input type="checkbox"/> VARIACIÓN <input type="checkbox"/>	MONEDA: COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES <input type="checkbox"/>	TIPO DE ASEGURAMIENTO: POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> POR CUENTA DE UN TERCERO <input type="checkbox"/>
---	---	---

**PLURALIDAD DE SEGUROS**

¿Mantiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil para Directores y Oficiales con otra entidad aseguradora? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Aseguradora:	En caso afirmativo, favor indicar vigencia: <b>DESDE:</b> <b>HASTA:</b>
	Nº de Póliza:	

¿Contó con un seguro de Responsabilidad Civil para Directores y Oficiales previo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Aseguradora:	Deducible:
	Límite de responsabilidad:	Nº de Reclamos:

¿Se ha negado algún a asegurador a aceptar su propuesta, negado a renovar o ha cancelado algún seguro a su representada? Sí  No

En caso afirmativo, brindar detalles:

**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 los bienes que deseo asegurar. Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la Póliza emitida por OCEÁNICA. Esta solicitud no obliga a la OCEÁNICA a emitir la Póliza solicitada en mi condición de Tomador y/o Asegurado de la misma.

- Igualmente declaro a través de esta Solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza en caso que se suscribiere 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).

**PROCESO DE ANÁLISIS (Aceptación o Rechazo)**  
**-USO EXCLUSIVO DE OCEANICA-**

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"/>	FECHA:	Observaciones:
------------------------------------	-------------------------------------	--------	----------------


FUNCIONARIO AUTORIZADO:	INSTANCIA/DEPARTAMENTO:	<small>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.</small>
-------------------------	-------------------------	---

**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 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.

- 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](http://www.oceanica-cr.com)

<b>Nombre y firma del solicitante</b>	<b>En caso de Persona Jurídica Cargo que ocupa</b>	

	<b>OCEÁNICA DE SEGUROS</b> <b>SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y OFICIALES</b> <b>SOLICITUD DE SEGURO</b>	FECHA: XX/XX/2018
		CÓDIGO:
		VER.: 1.1

(Nombre)	(Firma)	(Cédula)	
			Firmado en _____
			El día _____ del mes
Nombre del Intermediario		Código del Intermediario	Firma del Intermediario
<b>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° G08-07-A13-773 de fecha 06 de octubre de 2018.</b>			