

No de guardas:		No de guardas:	
NÚMERO DE ZONAS DE RIESGO:		PARA CADA ZONA SE DEBE LLENAR UNA SOLICITUD ADICIONAL	
DIRECCIÓN EXACTA DEL RIESGO A ASEGURAR:	PROVINCIA:	CANTÓN:	DISTRITO:
INFORMACION ADICIONAL DE LOS PREDIOS A ASEGURAR			
EDIFICIO(S) PROPIEDAD DE:		ACTIVIDAD QUE SE DESARROLLA EN LOS PREDIOS:	
EL TERRENO MIDE: M2	NÚMERO DE PISOS:	¿POSEE ASCENSORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CAPACIDAD DE LOS ASCENSORES:
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?
¿EXISTE ESTACIÓN DE BOMBEROS CERCANA?		DISTANCIA PROMEDIO ENTRE EDIFICIOS DEL MISMO PREDIO:	
DISTANCIA:		ENTRE EDIFICIOS:	1 Y 2: mts 2 Y 3: mts 1 Y 3: mts
DETALLE LAS PÓLIZA QUE HA TENIDO (O TIENE) SOBRE LA MISMA ACTIVIDAD O PROPIEDAD AQUÍ DESCRITA			
Incluye nombre de la aseguradora, vigencia, número de póliza y suma asegurada:			
DETALLE SINIESTROS ANTERIORES SOBRE LA PROPIEDAD O POR LA ACTIVIDAD AQUÍ DESCRITA			
Incluya fecha del evento, monto de la pérdida, nombre de la aseguradora y número de póliza:			
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>		DESDE:	HASTA:
PERIODICIDAD EN EL PAGO DE LA PRIMA Y RECARGO FINANCIERO APLICABLE			
DÓLARES			
Vigencia del Seguro	Anual	Semestral	Trimestral
Anual	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 2%	<input type="checkbox"/> 3%
Semestral	N/A	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 2%
Trimestral	N/A	N/A	<input type="checkbox"/> 0%
Mensual	N/A	N/A	<input type="checkbox"/> 2.5%
			<input type="checkbox"/> 0%
MODO DE PAGO			
<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de débito/crédito (se debe adjuntar el formulario de autorización).			
<input type="checkbox"/> Dedución 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.			
COBERTURAS Y MONTOS SOLICITADOS			
COBERTURA BÁSICA			SUMA A ASEGURAR
<input type="checkbox"/>	Cobertura A	Básica – Responsabilidad Civil Extracontractual	
COBERTURAS OPCIONALES			SUMA A ASEGURAR
<input type="checkbox"/>	Cobertura B	Atención médica inmediata	
<input type="checkbox"/>	Cobertura C	Responsabilidad Civil en lavanderías y guardarropas	
<input type="checkbox"/>	Cobertura D	Responsabilidad Civil por equipaje de huéspedes	

<input type="checkbox"/>	Cobertura E	Responsabilidad Civil para bienes resguardados en cajas de seguridad	
<input type="checkbox"/>	Cobertura F	Responsabilidad Civil por el uso de parqueos	
Opciones de suma asegurada para coberturas opcionales		Hasta \$1.000.00	De \$1.001.00 a \$2.000.00
De \$2.001.00 a \$3.000.00			
OTROS TEMAS			
TRÁMITE		COTIZACIÓN <input type="checkbox"/> EMISIÓN <input type="checkbox"/> VARIACIÓN <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>			
PROCESO DE ANÁLISIS (ACEPTACIÓN O RECHAZO) USO EXCLUSIVO DE OCEÁNICA			
<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>			
ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>		Fecha:	Observaciones:
FUNCIONARIO AUTORIZADO:		INSTANCIA/DEPARTAMENTO:	<p>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.</p>
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 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:</p> <p>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.</p>			
FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:		LUGAR: _____ FECHA: _____
	Nombre: _____ Puesto: _____	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	
<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-A13-465 de fecha de registro V-3.0: 23 de enero de 2021.</p>			