

En el curso normal de su negocio, ¿tiene alguna otra póliza de seguro relevante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso positivo, proporcione detalles de los tipos de pólizas que tiene en el espacio provisto a continuación:			
¿Tiene seguro de crédito actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso positivo, indique la fecha de vencimiento de la(s) póliza (s) :		
Adjuntar detalle de la Cartera de Crédito actual y morosidad detallada de la cartera:			
¿Hay alguna información adicional que deba revelarnos para ayudarnos a evaluar el riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso positivo, Proporcione cualquier información adicional que desee divulgar en el espacio provisto a continuación			
TOTAL TRIMESTRAL DE SALDOS DEUDORES:			
Indicar moneda en la que se suministran los datos: <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares			
Al 31 de marzo pasado:	Al 30 de junio pasado:	Al 30 de septiembre pasado:	Al 31 de diciembre pasado:
_____	_____	_____	_____
5. PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO			
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO	Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	Desde: _____	Hasta: _____
6. ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES			
COBERTURAS Y MONTOS SOLICITADOS			
COBERTURA BÁSICA	LÍMITE MÁXIMO POR INDEMNIZAR DURANTE LA VIGENCIA	LÍMITE MÁXIMO POR PRÉSTAMO ELEGIBLE	LÍMITE MÁXIMO DE PRÉSTAMOS POR DEUDOR
Cobertura Básica – INSOLVENCIA			
COBERTURA OPCIONAL	CANTIDAD DE CUOTAS DEL CRÉDITO A INDEMNIZAR POR OTRAS PÉRDIDAS PECUNIARIAS		
Cobertura Opcional — OTRAS PÉRDIDAS PECUNIARIAS <input type="checkbox"/>			
PERIODO DE CARENCIA PARA CADA PRÉSTAMO ELEGIBLE:			
PLAZO MÍNIMO DE INCUMPLIMIENTO PARA PÉRDIDAS PECUNIARIAS: <input type="checkbox"/> 180 días <input type="checkbox"/> 365 días <input type="checkbox"/> Dos años <input type="checkbox"/>			Moneda: <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares
Otro: _____			
7. OTROS TEMAS			
MODO DE PAGO DE LA PRIMA			
<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"/> Dedución de cuenta bancaria del cliente <input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de Océánica (se debe adjuntar el formulario de autorización).			
PLURALIDAD DE SEGUROS			
¿Mantiene actualmente seguro de crédito? 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 contra algún asistente en los últimos cinco (5) años?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, favor indicar detalles en documento separado.	
DECLARACIONES			
- 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. - Entiendo que las declaraciones con falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la normativa vigente. - 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.			



8. 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"/>		Fecha:	Observaciones:
FUNCIONARIO AUTORIZADO:	INSTANCIA/DEPARTAMENTO:		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

9. 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 TOMADOR	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:		LUGAR: _____
	Nombre: _____	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	
	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 G09-08-A13-980 de fecha 15 de Enero de 2022.