

## Seguro de Viajes "Corporate Travel Protection" Solicitud de Seguro (Tomador/Contratante)

Cédula Jurídica: 3-101-593961

Colones  Dólares

**Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ninguna información.**

### 1. Lugar y Fecha en que se Completa:

La presente Solicitud de Seguro, es completada en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

### 2. Datos Generales del Contratante/Tomador y Número de Póliza

#### 2.1. Número de Póliza Colectiva:

Número de Póliza Colectiva: \_\_\_\_\_

#### 2.2. Datos de la Sociedad

Nombre de la Sociedad: \_\_\_\_\_

Cédula Jurídica: \_\_\_\_\_

Domicilio Social: \_\_\_\_\_

Sitio Web: \_\_\_\_\_

Dirección Exacta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Contractual para notificaciones: Correo electrónico:  Domicilio Social:

Si la sociedad es una institución financiera y forma parte de un grupo de interés económico, indique nombre o razón social, cédula jurídica y dirección de la casa matriz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, describa la actividad principal de la Sociedad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2.2. Datos del Representante Legal

1er Apellido: \_\_\_\_\_ 2do Apellido: \_\_\_\_\_

1er Nombre: \_\_\_\_\_ 2do Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

Tipo de Identificación: Persona Física  Cédula de Residencia  Pasaporte

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Citas del poder con el que actúa: \_\_\_\_\_

### 3. Datos del Objeto o Interés que se Solicita Asegurar

#### 3.1. Grupo Asegurable

Descripción del Grupo Asegurable: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3.2. Cupos por Solicitar:

### 4. Aspectos Relacionado con el Riesgo:

Favor referirse a cada Solicitud del Propuesto Asegurado o Certificado de Seguro de cada Asegurado para más detalles al respecto.

### 5. Plazo de Vigencia de la Póliza Solicitado:

Desde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año

## 6. Elección de Opciones Establecidas en Condiciones Generales:

### Opción de planes

Coberturas	Plan Silver <input type="checkbox"/>	Plan Gold <input type="checkbox"/>	Plan Platinum <input type="checkbox"/>	Europa <input type="checkbox"/>
<b>1. Muerte Accidental por Accidente.</b>	US\$ 10.000,00	US\$ 25.000,00	US\$ 75.000,00	€ 10.000,00
1.1 Muerte Accidental por Accidente en Transporte Público Autorizado.	US\$ 40.000,00	US\$ 100.000,00	US\$ 300.000,00	€ 40.000,00
1.2 Muerte Accidental por Accidente a consecuencia de un Robo.	US\$ 20.000,00	US\$ 50.000,00	US\$ 150.000,00	€ 20.000,00
<b>2. Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente por Accidente.</b>	US\$ 10.000,00	US\$ 25.000,00	US\$ 75.000,00	€ 10.000,00
2.1 Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente por Accidente en Transporte Público Autorizado.	US\$ 40.000,00	US\$ 100.000,00	US\$ 300.000,00	€ 40.000,00
2.2 Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente por Accidente a consecuencia de un Robo.	US\$ 20.000,00	US\$ 50.000,00	US\$ 150.000,00	€ 20.000,00
<b>3. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad.</b>	US\$ 15.000,00	US\$ 50.000,00	US\$ 100.000,00	€ 30.000,00
<b>4. Gastos Odontológicos por Emergencia Dental.</b>	US\$ 250,00	US\$ 500,00	US\$ 1.000,00	€ 250,00
<b>5. Medicamentos Prescritos</b>	US\$ 1.000,00	US\$ 2.000,00	US\$ 5.000,00	€ 500,00
<b>6. Evacuación Médica de Emergencia</b>	US\$ 25.000,00	US\$ 50.000,00	US\$ 100.000,00	€ 30.000,00
<b>7. Repatriación Funeraria</b>	US\$ 5.000,00	US\$ 10.000,00	US\$ 25.000,00	€ 30.000,00
<b>8. Gastos de Hotel por Convalecencia</b>	US\$ 100,00 por día, límite máximo de indemnización 10 días	US\$ 100,00 por día, límite máximo de indemnización 10 días	US\$ 100,00 por día, límite máximo de indemnización 10 días	€ 100,00 por día, límite máximo de indemnización 10 días
<b>9. Viaje de Emergencia de un Familiar</b>	Boleto aéreo ida/vuelta en clase económica			
<b>10. Gastos de Estancia de un Familiar</b>	US\$ 100,00 por día, límite máximo de indemnización 10 días	US\$ 100,00 por día, límite máximo de indemnización 10 días	US\$ 100,00 por día, límite máximo de indemnización 10 días	€ 100,00 por día, límite máximo de indemnización 10 días
<b>11. Traslado de Menores</b>	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
<b>12. Cancelación del Viaje</b>	US\$ 1.000,00	US\$ 2.500,00	US\$ 5.000,00	€ 1.000,00
<b>13. Interrupción del Viaje</b>	US\$ 1.000,00	US\$ 2.500,00	US\$ 5.000,00	€ 1.000,00
<b>14. Pérdida de Equipaje en Transporte Público Autorizado.</b>	US\$ 1.000,00	US\$ 2.000,00	US\$ 4.000,00	€ 1.500,00
<b>15. Retraso del Equipaje</b>	US\$ 100,00	US\$ 200,00	US\$ 250,00	€ 100,00
<b>16. Retraso del Viaje</b>	US\$ 500,00	US\$ 1.000,00	US\$ 2.500,00	€ 500,00
<b>17. Honorarios Legales</b>	US\$ 500,00	US\$ 1.000,00	US\$ 2.500,00	€ 1.000,00
<b>18. Fianzas Legales</b>	US\$ 500,00	US\$ 1.000,00	US\$ 2.500,00	€ 1.000,00

**Nota:** El Plan Europa será el único que será vendido en Euros, por lo cual sus Sumas Aseguradas y Límites de Responsabilidad se expresan en esta moneda. Los planes Silver, Gold y Platinum serán vendidos en dólares de los Estados Unidos de América por lo cual sus Sumas Aseguradas y Límites de Responsabilidad se expresan en esta moneda.

## 7. Otros Temas

### 7.1 Conducto de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito  Banco: \_\_\_\_\_  
 N° de tarjeta: \_\_\_\_\_ MasterCard  Visa  Vencimiento: Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Favor firmar autorización de descuento: \_\_\_\_\_

2-SINPE  3-Transferencia de Fondos "Llenar formulario para autorizar débito a cuenta"  4-Descuento de Planilla

Código del plan de deducción de Planilla: PDM

5- Otro: \_\_\_\_\_ Día de Pago: \_\_\_\_\_

Periodicidad de Pago: Mensual  Bimensual  Trimestral  Cuatrimestral  Semestral  Anual

## 7.2 Declaraciones Adicionales

El abajo firmante declara, que lo contenido en esta solicitud es verdadero y que ha sido debidamente autorizado por la Sociedad y los Administradores y Directivos para actuar como su representante con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen con o afecten a esta solicitud y a la Póliza. Asimismo, me comprometo a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante a la información contenida en esta solicitud que se pudiera producir con posterioridad a la firma de la presente y con anterioridad a la fecha de efecto de la Póliza que se pudiera emitir.

## 8. Proceso de Análisis y Aceptación o Rechazo de la Solicitud.

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro.

## 9. Indicación de la entrega de la información previo al perfeccionamiento del Contrato

Acepto haber recibido la información relativa a los términos y condiciones de esta póliza, así como el presente documento, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso de suscribir la presente póliza colectiva. También he sido enterado de que la eficacia de las coberturas está sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

Acepto los términos y condiciones de la cotización emitida por la Compañía para el proceso de análisis y aceptación del riesgo que será cubierto por el seguro; asimismo confirmo que antes de tomar este seguro he leído y comprendido las Condiciones Generales, la información establecida en la página web: <http://www.assanet.cr/servicios-al-cliente/formularios2> y demás datos que regula el artículo 12 de la Ley 8956 y artículos 24 y siguientes del Reglamento sobre comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10).

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El solicitante certifica que la información anterior es exacta. ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho a rechazar o aceptar cualquier solicitud.

Intermediario de seguros-Lic. No.

Firma del Propuesto Asegurado

Fecha

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(los) registro(s) número **P19-57-A05-707** de fecha **25 de marzo del 2017**.