



TITULO:

SOLICITUD SEGURO TOTAL RESTAURANTES
() MODALIDAD COLONES () MODALIDAD DÓLARES

FECHA:

07/05/2014

CÓDIGO:

SGC-GTE-SUS-P01-F83

VER.:

1.0

<input type="checkbox"/> COTIZACIÓN	<input type="checkbox"/> EMISIÓN	<input type="checkbox"/> VARIACIÓN	VIGENCIA:	DESDE:	HASTA:	PÓLIZA Nº:	
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:			<input type="checkbox"/> Valor de Reposición (V.R.)		<input type="checkbox"/> Valor Real Efectivo (V.R.E.)		
DATOS DEL TOMADOR							
Nombre y apellidos o Razón social:						Nº Identificación:	
LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):	NACIONALIDAD:		AÑOS	EDAD MESES	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Dirección de Domicilio para Notificaciones:	País:	Provincia:	Cantón:		Distrito:		
	Otras señas:						
	Dirección Electrónica:			Apartado Postal:		Código Apartado Postal:	
	Número de teléfono:		Número de celular:		Número de fax:		
DATOS DEL ASEGURADO							
Nombre y apellidos o Razón social:						Nº Identificación:	
LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):	NACIONALIDAD:		AÑOS	EDAD MESES	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Dirección de Domicilio para Notificaciones:	País:	Provincia:	Cantón:		Distrito:		
	Otras señas:						
	Dirección Electrónica:			Apartado Postal:		Código Apartado Postal:	
	Número de teléfono:		Número de celular:		Número de fax:		
DATOS DEL PAGADOR (<input type="checkbox"/> IDEM TOMADOR <input type="checkbox"/> IDEM ASEGURADO)							
NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:						Nº IDENTIFICACIÓN:	
LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):	NACIONALIDAD:		AÑOS	EDAD MESES	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Dirección de Domicilio para Notificaciones:	País:	Provincia:	Cantón:		Distrito:		
	Otras señas:						
	Dirección Electrónica:			Apartado Postal:		Código Apartado Postal:	
	Número de teléfono:		Número de celular:		Número de fax:		
MODO DE PAGO							
<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización) <input type="checkbox"/> Deducción 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				FORMA DE PAGO	Periodicidad	Recargo Financiero	
						COLONES	DÓLARES
					<input type="checkbox"/> Anual	No tiene	No tiene
					<input type="checkbox"/> Semestral	4% sobre prima anual	2% sobre prima anual
					<input type="checkbox"/> Trimestral	6% sobre prima anual	3% sobre prima anual
				<input type="checkbox"/> Mensual	8% sobre la prima anual	4% sobre la prima anual	
MARQUE LAS COBERTURAS QUE DESEA INCLUIR:							
COBERTURA A – INCENDIO Y OTROS RIESGOS (BÁSICA)			<input type="checkbox"/>	COBERTURA B – DETERIORO DE BIENES CONTENIDOS EN CÁMARAS DE REFRIGERACIÓN, REFRIGERADORES O NEVERAS		<input type="checkbox"/>	
COBERTURA C – ROBO y/O ASALTO			<input type="checkbox"/>	COBERTURA D – EQUIPO ELECTRÓNICO		<input type="checkbox"/>	
COBERTURA E – RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL			<input type="checkbox"/>	COBERTURA F – PÉRDIDAS INDIRECTAS		<input type="checkbox"/>	
RUBROS Y SUMAS ASEGURADAS							
RUBROS INCLUIDOS			SUMAS A ASEGURAR POR RUBRO		PRIMA		
<input type="checkbox"/>	EDIFICIO						
<input type="checkbox"/>	MAQUINARIA Y EQUIPO						
<input type="checkbox"/>	EXISTENCIAS						
<input type="checkbox"/>	PÉRDIDAS INDIRECTAS						
<input type="checkbox"/>	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL		LUC				
			LAA				
TOTALES							
SUB LIMITES SOBRE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL (no incrementan monto asegurado):							
Atención Médica Inmediata	<input type="checkbox"/>		Parqueos		<input type="checkbox"/>		
Carga y Descarga	<input type="checkbox"/>		Bienes propiedad terceros bajo custodia Asegurado		<input type="checkbox"/>		
Productos	<input type="checkbox"/>		Robo con violencia a comensales		<input type="checkbox"/>		
Vigilancia	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		

Tipo de Restaurante(marque opciones que describa al mismo)			
Cuenta con clasificación Internacional:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Numero de Estrellas:
<input type="checkbox"/>	Capacidad de mesas /comensales:		<input type="checkbox"/> Tipo: Servicio a mesas <input type="checkbox"/> Autoservicio <input type="checkbox"/> Comidas rápidas <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cuenta con salones actividades especiales:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ofrece servicios degustación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ofrece servicio entrega a domicilio:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Distancia máxima entrega:
<input type="checkbox"/>	Cuenta con juegos o parques infantiles :	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMACION ADICIONAL DE LOS PREDIOS DONDE ESTA EL RESTAURANTE A ASEGURAR:			
NÚMERO DE ZONAS DE RIESGO:		PARA CADA ZONA SE DEBE LLENAR UNA SOLICITUD ADICIONAL.	
DIRECCIÓN EXACTA DEL RIESGO A ASEGURAR:	PROVINCIA:	CANTÓN:	DISTRITO:
DIRECCIÓN EXACTA:			
EDIFICIO(S) PROPIEDAD DE:		SE UTILIZAN EN FORMA TOTAL A LA ACTIVIDAD ASEGURADA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EL TERRENO MIDE M2	NÚMERO DE PISOS:	NUMERO UNIDADES INDEPENDIENTES:	
¿POSEE ASCENSORES?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CAPACIDAD DE LOS ASCENSORES:	
CUENTA CON SALA DE BAILE:	NUMERO DE MESAS:	CUENTA CON CANTINA O BAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CUENTA CON JUEGOS INFANTILES:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DETALLE:	
ROTULACION DE SEGURIDAD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIENE VIGILANCIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VALET: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OTROS: (Detalle)
NUMERO DE PARQUEOS:		CAPACIDAD VEHICULOS:	
TIENE ESPACIOS DEMARCADOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EL AREA DE PARQUEO ESTA DELIMITADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN:			
SISTEMA DE ALARMA INCENDIO	SISTEMA DE ALARMA ROBO	EXISTEN HIDRANTES CERCANOS	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DISTANCIA: MTS	
SISTEMA DE DETECCIÓN INCENDIO	SISTEMA FIJO EXTINCIÓN	ROCIADORES AUTOMÁTICOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COBERTURA ROCIADORES: <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL	
¿HAY EXTINTORES DE INCENDIO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS?	¿DE QUÉ TIPO?
¿HAY PROTOCOLOS ESCRITOS DE EVACUACION?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿HAY BRIGADAS ESTABLECIDAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
VIGILANCIA			
TIPO VIGILANCIA: PROPIA <input type="checkbox"/> EXTERNA <input type="checkbox"/> : DETALLE:		NUMERO DE TURNOS DE VIGILANCIA:	
CUENTA CON SISTEMA CCTV: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NUMERO DE VIGILANTES POR TURNO:		
NUMERO CAMARAS:	TIEMPO GRABACION EFECTIVA:		
EQUIPOS DE USO DEL RESTAURANTE			
PLANTA ELECTRICA DE EMERGENCIA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRANSFORMADORES PROPIOS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
LAVADORAS INDUSTRIALES:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CAMARAS DE REFRIGERACION:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Oceánica de Seguros S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.			
<p>Declaro formalmente, mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy es cierta y que no he presumido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a la Empresa de Seguros para que suscriba la Póliza. 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 la Empresa de Seguro. Esta solicitud no obliga a la Empresa de Seguros a emitir la Póliza solicitada en mi condición de Tomador de la misma.</p> <p>No obstante, si dicha Póliza fuera emitida y el recibo correspondiente pagado por mí, esta solicitud servirá de base para su otorgamiento y formara parte integrante de la misma. Igualmente declaro a través de esta Solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita 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).</p>			
Nombre y firma del solicitante			En caso de Persona Jurídica Cargo que ocupa
(Nombre)	(Firma)	(Cédula)	Firmado en _____ El día _____ del mes de _____ del año _____
Nombre del Intermediario		Código del Intermediario	Firma del Intermediario
Aceptado por		Fecha Aceptación	Autorizado por
<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 en el Artículo 29, Inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro N° G06-69-A13-544 para el seguro en colones y G06-69-A13-545 para el seguro en dólares de fecha 23 de septiembre de 2014.</p>			