



TÍTULO:

SOLICITUD DE SEGURO DE CAUCIÓN COLONES

FECHA:
26/09/2013

CÓDIGO:

SGC-GTE-SUS-P01-F29

VER.:

1.1

<input type="checkbox"/> COTIZACIÓN	<input type="checkbox"/> EMISIÓN	<input type="checkbox"/> VARIACIÓN	PÓLIZA N°:	VIGENCIA:	DESDE:		HASTA:	
-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------	-----------	--------	--	--------	--

DATOS DEL TOMADOR

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE COMPLETO:
------------------	-------------------	------------------

RAZÓN SOCIAL:	Nº DE IDENTIFICACIÓN:
---------------	-----------------------

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> Persona Física	<input type="checkbox"/> Jurídica	<input type="checkbox"/> Cédula de Residencia	<input type="checkbox"/> Gobierno	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Institución Autónoma	<input type="checkbox"/> Permiso Trabajo
------------------------	---	-----------------------------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	---	--

DIRECCIÓN DE DOMICILIO:	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 (Llenar solo en caso de que sea diferente al Tomador)

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE COMPLETO:
------------------	-------------------	------------------

RAZÓN SOCIAL:	Nº DE IDENTIFICACIÓN:
---------------	-----------------------

TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	<input type="checkbox"/> Persona Física	<input type="checkbox"/> Jurídica	<input type="checkbox"/> Cédula de Residencia	<input type="checkbox"/> Gobierno	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Institución Autónoma	<input type="checkbox"/> Permiso Trabajo
-------------------------	---	-----------------------------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	---	--

DIRECCIÓN DE DOMICILIO:	PAÍS:	PROVINCIA:	CANTÓN:	DISTRITO:
	OTRAS SEÑAS:			
	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:	APARTADO POSTAL:	CÓDIGO APARTADO POSTAL:	
	NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE CELULAR:	NÚMERO DE FAX:	

FORMA DE ASEGURAMIENTO

 POR CUENTA PROPIA POR CUENTA DE UN TERCERO

DATOS DEL SEGURO

MODO DE PAGO

 Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización) Deducción de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización) Directo en Caja y/o Cobro en línea Depósito en cuentas de OCEÁNICA

TIPO DE CAUCIÓN	CAUCIÓN DIRECTA		
	<input type="checkbox"/> Modalidad Plazo Definido	<input type="checkbox"/> Modalidad Plazo Indefinido	
TIPO DE CERTIFICADO	<input type="checkbox"/> Condicional	<input type="checkbox"/> Incondicional	
CLASE DE OBLIGACIÓN	<input type="checkbox"/> Participación	<input type="checkbox"/> Cumplimiento	<input type="checkbox"/> Mantenimiento
	<input type="checkbox"/> Adelanto de pago	<input type="checkbox"/> Seguro de garantía (Caución Indirecta)	<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria
	<input type="checkbox"/> Otro:		

DATOS DE LA CAUCIÓN DEL SEGURO

CAUCIÓN DIRECTA MODALIDAD PLAZO DEFINIDO:	Seguro a favor de:
CAUCIÓN DIRECTA MODALIDAD PLAZO INDEFINIDO:	Monto del bono si se refiere a una sola operación:
	En letras:
	Detalle de la operación:

REQUISITOS ADICIONALES DEL SEGURO (OBLIGACIÓN)

REFERENCIAS DEL TOMADOR DEL SEGURO	Nombre	Dirección exacta	Ocupación Actual
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

GARANTÍAS OFRECIDAS A OCEÁNICA

Los suscritos solicitantes se comprometen, incondicional e irrevocablemente a reembolsar a **OCEÁNICA**, cualquier suma con sus intereses, que pague como consecuencia de la responsabilidad que asume el emitir este seguro, de conformidad con el Artículo 8 de la Ley N° 40 del 30 de marzo de 1931 "Seguro de Fidelidad" y los Artículos 1317 y 1318 del Código Civil relativos a fianzas. Renunciando a requerimientos de pago, domicilio y trámites del juicio ejecutivo y acepta como título ejecutivo en su contra la certificación del adeudo emitida por **OCEÁNICA**, del cual esta solicitud es parte integrante.

El compromiso que hemos asumido se extenderá en forma automática, sin necesidad de nueva manifestación de nuestra parte por todo el período o períodos de vigencia que tenga el bono que solicitamos en virtud de prórroga concedida por **OCEÁNICA**.

FIADORES			
NOMBRE Y APELLIDOS:		FIRMA:	
DIRECCIÓN POSTAL:			
		ZONA 1	CÉDULA DE IDENTIDAD:
NOMBRE Y APELLIDOS:		FIRMA:	
DIRECCIÓN POSTAL:			
		ZONA 2	CÉDULA DE IDENTIDAD:
NOMBRE Y APELLIDOS:		FIRMA:	
DIRECCIÓN POSTAL:			
		ZONA 3	CÉDULA DE IDENTIDAD:
NOMBRE Y APELLIDOS:		FIRMA:	
DIRECCIÓN POSTAL:			
		ZONA 4	CÉDULA DE IDENTIDAD:
PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO			
En caso de un evento favor comunicarse al teléfono 2256-8770, o bien dirigirse a las oficinas de OCEÁNICA , ubicadas en Sabana Noreste, 100 metros Este de la Agencia Datsun-Nissan.			
<u>Requisitos adicionales a presentar:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> Denuncia ante la autoridad competente, cuando se requiera Detalle de pérdidas 			
NOTIFICACIONES			
Medio por el cual deseo ser notificado:			
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico:		<input type="checkbox"/> Fax:	
<input type="checkbox"/> Apartado o dirección:			
¿HA TENIDO O TIENE PÓLIZAS DE SEGUROS DE CAUCIÓN? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, DETALLE:			
Nombre de la Aseguradora	Póliza N°	Vigencia de la póliza	Suma Asegurada
OBSERVACIONES DEL ASEGURADO:			
OBSERVACIONES DEL TOMADOR:			
OBSERVACIONES DEL INTERMEDIARIO:			
DATOS SOBRE REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE ESTA PÓLIZA			
<input checked="" type="checkbox"/> SOLICITUD DE SEGURO DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA <input checked="" type="checkbox"/> FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE Y LOS DOCUMENTOS QUE DICHO FORMULARIO INDICA <input checked="" type="checkbox"/> COPIA DEL CONTRATO, LICITACIÓN, SENTENCIA CERTIFICADA U OBJETO DE OBLIGACIÓN DEL SEGURO <input checked="" type="checkbox"/> ESTADO FINANCIEROS O CONSTANCIA DE INGRESOS DEL TOMADOR DEL SEGURO <input checked="" type="checkbox"/> DOCUMENTOS REFERENTES A LA CONTRAGARANTÍA (SI SE APLICAN POR APARTE) <input checked="" type="checkbox"/> FORMULARIO DE DATOS DEL FIADOR POR CADA FIADOR SOLICITADO, DEBIDAMENTE AUTENTICADO Y ACOMPAÑADO POR CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD.			
Declaro formalmente, mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy es verdadera y que no he presumido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a OCEÁNICA DE SEGUROS S.A. para que suscriba la Póliza. Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la Póliza emitida por OCEÁNICA DE SEGUROS S.A. Esta solicitud no obliga a OCEÁNICA DE SEGUROS S.A. a emitir la Póliza solicitada en mi condición de Tomador. No obstante, si dicha Póliza fuera emitida y el recibo correspondiente pagado por mí, esta solicitud servirá de base para su otorgamiento y formará 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 tiene relación alguna con 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, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo (Ley 8204 de Costa Rica).			
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.			
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° G10-13-A13-468 de fecha 19 de agosto de 2013.			
		SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:	
Nombre:		Nombre:	
Puesto:		Puesto:	
FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL ASEGURADO		FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR	
		Lugar:	
		Fecha:	
NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO			
USO EXCLUSIVO DE OCEÁNICA			
TRAMITADO POR:	FECHA:	ACEPTADO/AUTORIZADO POR:	FECHA: