

	<b>TÍTULO:</b> <b>SOLICITUD DE SEGURO</b> <b>SEGURO DE TODO RIESGO PARA ROTURA DE MAQUINARIA COLONES</b>	<b>FECHA:</b> 30/09/2013
		<b>CÓDIGO:</b> SGC-GTE-SUS-P01-F47
		<b>VER.:</b> 1.1

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

**DATOS DEL TOMADOR**

<b>Nombre y apellidos o Razón social:</b>		<b>Actividad Económica:</b>	
<b>Cédula de identidad o jurídica:</b>		<b>Dirección Postal:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Provincia:</b>	<b>Cantón:</b>	<b>Distrito:</b>	
<b>Otras señas:</b>			
<b>Teléfonos:</b>	<b>Celular:</b>	<b>Trabajo:</b>	<b>Habitación:</b>
<b>Dirección de cobro:</b>			

**DATOS DEL ASEGURADO (Llenar solo en caso de que sea diferente al Tomador)**

<b>Nombre y apellidos o Razón social:</b>		<b>Actividad Económica:</b>	
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD O JURÍDICA:</b>		<b>Dirección Postal:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Provincia:</b>	<b>Cantón:</b>	<b>Distrito:</b>	
<b>Otras señas:</b>			
<b>Teléfonos:</b>	<b>Celular:</b>	<b>Trabajo:</b>	<b>Habitación:</b>
<b>Dirección de cobro:</b>			

**DATOS DEL ACREEDOR**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:</b>		<b>CÉDULA DE IDENTIDAD O JURÍDICA:</b>	
<b>Dirección Postal:</b>		<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Teléfono oficina:</b>	
<b>Provincia:</b>	<b>Cantón:</b>	<b>Distrito:</b>	
<b>Otras señas:</b>			
<b>ACREENCIA:</b>	<b>Grado:</b>	<input type="checkbox"/> Hipotecaria <input type="checkbox"/> Prendaria	<b>Monto:</b>
<b>Detalle:</b>			

MODO DE PAGO	FORMA DE PAGO	
	Periodicidad	Recargo Financiero
<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización)	<input type="checkbox"/> Anual	No Tiene
<input type="checkbox"/> Deducción de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización)	<input type="checkbox"/> Semestral	4% sobre prima anual
<input type="checkbox"/> Directo en Caja y/o Cobro en línea	<input type="checkbox"/> Trimestral	6% sobre prima anual
<input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de OCEÁNICA	<input type="checkbox"/> Mensual	8% sobre prima anual

**COBERTURAS SOLICITADAS**

	SUMA A ASEGURAR	TARIFAS	PRIMAS
<b>BÁSICA:</b>			
<input type="checkbox"/> Cobertura A	Todo Riesgo de Daño Directo para Maquinaria		
<b>OPCIONALES:</b>			
<input type="checkbox"/> Cobertura B	Pérdida de Beneficios derivado de un evento de rotura de maquinaria		
<input type="checkbox"/> Cobertura C	Daños a bienes refrigerados a consecuencia de rotura de maquinaria		
<input type="checkbox"/> Cobertura D	Derrame de tanques		
<input type="checkbox"/> Cobertura E	Maquinaria y Equipo bajo tierra		
<input type="checkbox"/> Cobertura F	Materiales refractarios y revestimientos de hornos industriales y calderas		
<input type="checkbox"/> Cobertura G	Deterioro de bienes refrigerados a consecuencia de rotura de maquinaria en atmósferas controladas		

<b>TOTAL</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>	<b>PRIMA TOTAL</b>
--------------	-----------------------	--------------------

<b>OBSERVACIONES:</b>	<b>Rec. Fraccion.</b>
	<b>Imp. Ventas</b>
	<b>TOTAL</b>

SUBLÍMITES (NO AGREGAN VALOR A LOS MONTOS DE LAS COBERTURAS BÁSICAS)	LÍMITE MÁXIMO	LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN
<input type="checkbox"/> Sublímite de Gastos adicionales por horas extraordinarias en horas nocturnas y días feriados	30% DEL VALOR ASEGURADO	
<input type="checkbox"/> Sublímite de Gastos adicionales por flete aéreo	20% DEL VALOR ASEGURADO	

**DATOS GENERALES SOBRE EL RIESGO**

<b>DIRECCIÓN EXACTA DEL RIESGO A ASEGURAR</b>	<b>Provincia:</b>	<b>Cantón:</b>	<b>Distrito:</b>
<b>Otras señas:</b>			
<b>TIPO EMPRESA</b>			
<b>INTERES ASEGURABLE EN LA MAQUINARIA A ASEGURAR</b>			
Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario <input type="checkbox"/> Usufructuario <input type="checkbox"/> Acreedor <input type="checkbox"/> Consignatario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
<b>TIPO DE MANTENIMIENTO</b>			
Predictivo <input type="checkbox"/> Preventivo <input type="checkbox"/> Correctivo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
<b>ENCARGADO O RESPONSABLE</b>			
Director o Ing. Jefe:			

**TIPO DE INDUSTRIA**

<b>ARTES GRAFICAS</b> <input type="checkbox"/>	Prensas rotativas / Offset / Copiadoras / Cortadoras / guillotinas	<b>PAPELERA</b> <input type="checkbox"/>	Maquinas para papel / Digestores, Difusiones, Evaporadores / Laminadoras / Estampadoras
<b>PLASTICOS</b> <input type="checkbox"/>	Molinos / soldadoras / Inyectoras / Extrusoras / Prensas Vulcanizadoras	<b>TEXTIL</b> <input type="checkbox"/>	Cardas / Impresoras / Despepitadoras / Embobinadoras / Torcedoras de Hilo / Telares / Equipo de Lavanderías
<b>METALMECANICO</b> <input type="checkbox"/>	Martillos (a vapor – aire o eléctricos) / Prensas (Tornillos – Excéntricas – Hidráulicas) Laminadoras / Hornos / Equipos soldar / Tornos	<b>CENTRALES HIDROELECTRICAS</b> <input type="checkbox"/>	Turbinas / Generadores / Calderas etc
<b>ALIMENTICIA</b> <input type="checkbox"/>	Centrifugas / Prensas / Recipientes a Presión / Granuladoras Secadores / Hornos Cocedores / Bandas Transportadoras / Amasadoras / Empaquetadoras / Unidades de refrigeración completas	<b>PLANTAS DE FUERZA</b> <input type="checkbox"/>	Calderas Ígneo Tubulares / Acuatubulares / Generadores de Corriente Principal / Transformadores

<b>AIRES ACONDICIONADOS CENTRALES</b> <input type="checkbox"/>	<b>OTRA NO INCLUIDA</b> <input type="checkbox"/> <b>Detalle:</b>
--	--

**DATOS DE LA MAQUINARIA A ASEGURAR**

No. Total de maquinas del complejo			Se requiere incluir las bancadas de las maquinas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Para cual (es) maquina (s)			
Se van a incluir todas las máquinas de la empresa en el seguro? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			En caso negativo, la maquinaria que se asegura conforma una sola sección de la planta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
FABRICANTE / MARCA	MODELO	SERIE	CAPACIDAD	AÑO FABRICACION	VALOR REPOSICION	FACTOR DE PERDIDA

Nota: Agregue hojas adicionales en caso de ser necesario

(\*) Factor de Pérdida: Porcentaje que representa la producción de cada máquina en relación a la Utilidad Bruta Total

**DATOS GENERALES PARA ANALISIS DE LA COBERTURA DE PERDIDA DE BENEFICIOS**

EL INMUEBLE DONDE ESTAN LAS MAQUINAS CUENTA CON SEGURO DE INCENDIO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En que compañía:
CUENTA LA EMPRESA CON ADECUADOS CONTROLES CONTABLES :		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AUDITORIAS EXTERNAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DEPENDEN LOS PROCESOS DE MAQUINAS TIPO "CLAVES" (Fundamentales)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Detalle:
ESTA LA EMPRESA EN CAPACIDAD DE REALIZAR REPARACIONES A LAS MISMAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si no: Quien puede hacerlo:
CUENTA LA EMPRESA CON STOCK DE REPUESTOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DETALLE:	
TIEMPOS NORMALES DE LABOR EN LA EMPRESA:		Diario : _____ Horas en turnos de: _____ Semanal: _____ Horas Anual: _____ días.	
TOTAL PERSONAS QUE LABORAN EN LA EMPRESA		EN TOTAL:	PARA MANTENIMIENTO:

PERIODO DE INDEMNIZACION SOLICITADO: Un mes (1)  Tres meses (3)  Seis meses (6)  Doce meses (12)  Otro:  Detalle:

EN CASO DE DAÑO A LAS MAQUINAS, ¿SOBREPASA LA INTERRUPCION EL PLAZO ESTIMADO PARA LA REPARACION DE LAS MAQUINAS? SI  NO

**BASES DE INDEMNIZACION REQUERIDAS**

A BASE DE LA UTILIDAD BRUTA DE LA EMPRESA		A BASE DE UNIDADES PRODUCIDAS	
UTILIDAD BRUTA EMPRESA (*):		ESTIMACION DE UNIDADES PRODUCIDAS PERIODO	
VOLUMEN DEL NEGOCIO (**)		PRECIO POR UNIDAD:	

(\*) Resulta del volumen bruto del Negocio más gastos de operación que continúan menos gastos que no continúan.

(\*\*) Ingresos por las ventas de bienes o servicios

**DATOS GENERALES PARA EL ANALISIS DE LA COBERTURA DE DETERIORO DE BIENES REFRIGERADOS POR ROTURA DE MAQUINARIA**

Precio máximo de venta de los bienes refrigerados:

(Agregue hojas adicionales en caso de ser necesario)

COBERTURA PARA BIENES ALMACENADOS BAJO TEMPERATURA CONTROLADA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PERIODO DE ALMACENAMIENTO SOLICITADO	QUINCE (15) días naturales <input type="checkbox"/> treinta (30) naturales días <input type="checkbox"/>	Otras: <input type="checkbox"/> : Defina:

OCEÁNICA establece una bonificación por no siniestralidad que se otorgará al Asegurado y/o Tomador, siempre que en el transcurso de cuatro anualidades, no existan indemnizaciones con cargo a la póliza. Para ello, se establece la siguiente escala de bonificaciones:

**BONIFICACIÓN POR NO SINIESTRALIDAD**

Anualidades consecutivas sin siniestro	% de Bonificación
A partir del 4to año	5%
A partir del 5to año	10%
A partir del 6to año	15%
A partir del 7to año	20%

**DETALLE LAS PÓLIZA QUE HA TENIDO (O TIENE) SOBRE LA MISMA PROPIEDAD AQUÍ DESCRITA**

Incluye nombre de la aseguradora, vigencia, número de póliza y suma asegurada:

**DETALLE SINIESTROS ANTERIORES SOBRE LA PROPIEDAD AQUÍ DESCRITA**

Incluya fecha del evento, monto de la pérdida, nombre de la aseguradora y número de póliza:

Declaro formalmente, mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy 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. 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).

**Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Océánica de Seguros S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR	<b>SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:</b>		LUGAR: _____ FECHA: _____
	Nombre: _____ Puesto: _____	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	

USO EXCLUSIVO DE OCEÁNICA	TRAMITADO POR: _____	FECHA: _____	ACEPTADO/AUTORIZADO POR: _____	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 registro número G07-45-A13-474 de fecha 02 de septiembre de 2013.