

SOLICITUD DE SEGURO
**SEGURO DE RESPONSABILIDAD
 CIVIL PROFESIONAL**



Fecha: 21/11/2025

Código: **SGC-GTE-SUS-P01-XX**

Ver: 4.0

NOTA: Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MNK SEGUROS, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar:	Fecha:
--------	--------

DATOS DEL SOLICITANTE (TOMADOR)

Nombre y apellidos o Razón social:		Identificación número:		Tipo de documento:
Dirección para recibir Notificaciones:	Correo Electrónico:	Teléfono Celular:	Otro teléfono:	
	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:	Dirección Postal:	
	Provincia	Cantón	Distrito	
Otras señas:				
Dirección de cobro:				

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

Nombre y apellidos o Razón social:		Identificación número:		Tipo de documento:
Dirección para recibir Notificaciones:	Correo Electrónico:	Teléfono Celular:	Otro teléfono:	
	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:	Dirección Postal:	
	Provincia	Cantón	Distrito	
Otras señas:				
Dirección de cobro:				

DATOS ESPECIALES DEL PROFESIONAL ASEGURADO

Profesión:	Graduado en:	Año:
NIVEL ACADÉMICO: LIC MASTER DOCTOR OTRO	Años de experiencia:	Labora en:
Colegio:	INCORPORADO AL COLEGIO RESPECTIVO: SI NO	Año de incorporación:

DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Experiencia Laboral		
Tipo de riesgo a cubrir:		
Indique las 3 últimas Instituciones donde ha Ejercido su Profesión y Tiempo de Servicio:		
En:	Desde:	Hasta:
En:	Desde:	Hasta:
En:	Desde:	Hasta:
Actividad Laboral Actual:	Cargo:	
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO ANUAL <input type="checkbox"/>	DESDE:	HASTA:

ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

DATOS DE COBERTURAS, TARIFAS Y PRIMAS

COBERTURAS BÁSICAS		SUMA A ASEGURAR (DÓLARES O COLONES)
Cobertura 3.1	Responsabilidad Civil Profesional	
COBERTURAS OPCIONALES		SUMA A ASEGURAR (DÓLARES O COLONES)

Cobertura 4.1	No Imputación	
Cobertura 4.2	Fraude y deshonestidad	
Cobertura 4.3	Negocios Previos	
Cobertura 4.4	Directores Salientes	
Cobertura 4.5	Pérdida de documentos	
Cobertura 4.6	Consultores, Sub-contratistas y Agentes	
Cobertura 4.7	Herederos y Representantes Legales	
Cobertura 4.8	Fidelidad	
Cobertura 4.9	Transferencia forzada	
Cobertura 4.10	Incumplimiento Contractual	
Cobertura 4.11	Injurias y calumnias	
Cobertura 4.12	Propiedad Intelectual	
Cobertura 4.13	Cobertura Continua	
Cobertura 4.14	Run-off (Renovación)	
Cobertura 4.15	Subsidiaria recién adquirida o creada	
<input type="checkbox"/> Cobertura 5	Plan de Cobertura de Asistencia (Opcional)	<p>[SUMAS ASEGURADAS]</p> <p>Nota: El detalle de las cirugías aseguradas en esta cobertura, deberá ser reportado por el profesional Asegurado en documentación adicional provista por MNK Seguros, durante la vigencia de la póliza.</p>

Modo de pago	Forma de pago	
	Periodicidad	Recargo Financiero
Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización)	Anual	No tiene
Deducción de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización)	Semestral	4% sobre prima anual
Directo en Caja y/o Cobro en línea	Trimestral	6% sobre prima anual
Depósito en cuentas de MNK SEGUROS	Mensual	8% sobre prima anual

OTROS TEMAS

<input type="checkbox"/> COTIZACIÓN	<input type="checkbox"/> EMISIÓN	<input type="checkbox"/> VARIACIÓN	PÓLIZA N°:	MODALIDAD DE MONEDA:	<input type="checkbox"/> COLONES	<input type="checkbox"/>
				DÓLARES		

OBSERVACIONES:

PLURALIDAD DE SEGUROS

¿Mantiene actualmente otro seguro? 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 su representada en los últimos cinco (5) años?	SI: NO:	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 MNK SEGUROS 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 MNK SEGUROS. Esta solicitud no obliga a MNK SEGUROS a emitir la Póliza solicitada en mi condición de Tomador de la misma.
- 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).

Proceso de Análisis (Aceptación o Rechazo) -USO EXCLUSIVO DE MNK SEGUROS-

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos de MNK SEGUROS 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 MNK SEGUROS no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, MNK SEGUROS 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). MNK SEGUROS 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.

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 de la cobertura 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.mnkseguros.com

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL SOLICITANTE	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO
	Nombre: _____ 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 G08-06-A13-784 V4.0 de fecha 21 de noviembre 2025.