

CERTIFICADO DE SEGURO  
**SEGURO DE  
RESPONSABILIDAD CIVIL  
NOTARIOS (COLECTIVO)**



Fecha: 02/11/2024

Código: G08-80-A13-1077

Ver: 6.1

Lugar:		Fecha:							
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA POLIZA DE SEGUROS COLECTIVA</b>									
Póliza No.		Tomador:		Número de Identificación:					
PLAZO DE VIGENCIA DE LA POLIZA COLECTIVA		DESD E	D	M	A	HASTA	D	M	A
<b>IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO</b>									
No Certificado		Asegurado:		Número de Identificación:					
Direcciones para recibir notificaciones:	Correo electrónico:		Teléfono Celular:		Otros teléfonos:				
	Provincia:		Cantón:		Distrito:				
	Otras señas:								
<b>DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO</b>									
Tipo de Notario: <input type="checkbox"/> Privado - <input type="checkbox"/> Consular <input type="checkbox"/> Al servicio de la Administración Pública o del Estado									
Graduado en:		Año:							
NIVEL ACADÉMICO: <input type="checkbox"/> LIC <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> DOCTOR <input type="checkbox"/> OTRO									
Años de experiencia:		Labora en:							
INCORPORADO AL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA: <input type="checkbox"/> NO		<input checked="" type="checkbox"/> SÍ		Año de incorporación:					
AUTORIZADO POR LA DIRECCIÓN NACIONAL DE NOTARIADO (DNN): NO		<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Año de autorización:					
<b>DATOS DE COBERTURA, SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS</b>									
COBERTURAS ASEGURADAS		DEDUCIBLE	SUMAS ASEGURADAS	PRIMA					
<input checked="" type="checkbox"/>	Cobertura básica: Responsabilidad Civil Profesional (Notarios Públicos)								
<b>EXTENSIONES DE COBERTURA</b>									
<input checked="" type="checkbox"/>	Herederos y Representantes Legales								
<input checked="" type="checkbox"/>	Cónyuges								
<b>COBERTURA OPCIONAL</b>									
<input type="checkbox"/>	Por acción Penal								
Total									
PLAZO DE VIGENCIA: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>		DESDE:		HASTA:					
Nota: Analizar si las vigencias individuales se ajustan luego a la vigencia de la póliza colectiva, en esa medida incluir nota aclaratoria									
<b>MONTO DE LA PRIMA A PAGAR</b>		PRIMA NETA							
		RECARGO POR FRACCIONAMIENTO							
		DESCUENTO							
		IMPUESTO DE VENTA							
		PRIMA TOTAL							
<b>CONDICIONES DE PAGO:</b>									
<b>MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN</b>									
Cualquier notificación o aviso que MNK SEGUROS deba hacer al Asegurado, se hará por cualquier medio escrito, sea presencial o por medios de comunicación a distancia, en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como fax, correo electrónico o correo certificado; dirigidos, según sea el caso, a la última información de contacto fijada por el Asegurado como Dirección para Notificaciones o comunicaciones consignada en la Póliza. El Asegurado deberá reportar por escrito a MNK SEGUROS cualquier cambio en la información de contacto (números telefónicos o de fax, dirección de domicilio contractual o de correo electrónico), de lo contrario, se tendrá por correcta, para todos los efectos, la última información reportada.									
<b>DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA Y FORMA DE ACCEDER A ELLA</b>									
Como Asegurado recibió y tuvo acceso a la información relativa al contrato de seguro previo al perfeccionamiento de la cobertura del seguro; particularmente tuvo acceso a las Condiciones Generales de este seguro y manifestó haberlas entendido, aceptándolas con la firma de la Solicitud de Seguro. Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la aseguradora, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones. Estas podrán ser consultadas a través de la dirección electrónica: <a href="http://www.mnkseguros.com">www.mnkseguros.com</a> Como Asegurado podrá obtener información y asesoría respecto a la póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios: Teléfono: (506) 4102-7600; Correo electrónico: <a href="mailto:contacto@mnkseguros.com">contacto@mnkseguros.com</a> ; Sitio web <a href="http://www.mnkseguros.com">www.mnkseguros.com</a>									
FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL ASEGURADO		<b>SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:</b>		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 G08-80-A13-1077 V6.1 de fecha de registro 12 de marzo de 2026.									