

SOLICITUD DE SEGURO DE CAUCIÓN



Fecha: 15/11/2024

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F29

Ver: 8.1

Nota: este documento no representa garantía que el riesgo será aceptado por MNK SEGUROS de aceptarse, podría no concordar con los términos de esta solicitud de seguro.

<input type="checkbox"/> EMISIÓN	<input type="checkbox"/> VARIACIÓN	No. póliza:	Lugar:	Fecha:
----------------------------------	------------------------------------	-------------	--------	--------

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				
DIRECCIÓN PARA RECIBIR	PAÍS:	PROVINCIA:	CANTÓN:	DISTRITO:
	OTRAS SEÑAS:			
NOTIFICACIONES:	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:		CÓDIGO APARTADO POSTAL:	
	TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO TRABAJO:	OTRO TELEFONO:	

EN CASO DE EMITIR CERTIFICADOS POR ORDEN DE:	NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN NUMERO:	TIPO DE DOCUMENTO:
	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:		IDENTIFICACIÓN NUMERO:	TIPO DE DOCUMENTO:
	OTRO TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:		

DATOS DEL ASEGURADO (A FAVOR DE)

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				
DIRECCIÓN PARA RECIBIR	PAÍS:	PROVINCIA:	CANTÓN:	DISTRITO:
	OTRAS SEÑAS:			
NOTIFICACIONES:	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:		CÓDIGO APARTADO POSTAL:	
	TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO TRABAJO:	OTRO TELEFONO:	

MODO DE PAGO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CARGO AUTOMÁTICO A TARJETA DE DÉBITO/CRÉDITO | <input type="checkbox"/> DIRECTO EN CAJA Y/O COBRO EN LÍNEA |
| <input type="checkbox"/> DEDUCCIÓN DE CUENTA BANCARIA DEL CLIENTE | <input type="checkbox"/> DEPÓSITO EN CUENTAS DE MNK SEGUROS |

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

TIPO DE OBLIGACION:	<input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN	<input type="checkbox"/> CUMPLIMIENTO	<input type="checkbox"/> ANTICIPO DEL PAGO CALIDAD	<input type="checkbox"/> BUENA
	<input type="checkbox"/> DEPÓSITO ADUANERO	<input type="checkbox"/> AGENTE ADUANERO	<input type="checkbox"/> PENSIÓN ALIMENTARIA	<input type="checkbox"/> AMBIENTAL
	<input type="checkbox"/> OTRO TIPO (ESPECIFICAR): _____			

MODALIDADES DE GARANTÍA DE CAUCIÓN

CONDICIONADA <input type="checkbox"/>	A PRIMER REQUERIMIENTO CON EL ESTADO COSTARRICENSE <input type="checkbox"/>	A PRIMER REQUERIMIENTO <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	---

VIGENCIA DEL PLAZO DEFINIDO:	DESDE: ____ / ____ / ____	HASTA: ____ / ____ / ____
-------------------------------------	---------------------------	---------------------------

COBERTURAS Y MONTOS SOLICITADOS

COBERTURA BÁSICA (ÚNICA)	SUMA A ASEGURAR		
INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIÓN	TIPO DE MONEDA:	<input type="checkbox"/> DÓLARES (US\$)	<input type="checkbox"/> COLONES (₡)
	MONTO EN NUMEROS:		

EN LETRAS:

OBJETO DE LA CAUCION:

CONTRAGARANTIAS

1.	3.
2.	4.

PLURALIDAD DE SEGUROS

¿MANTIENE VIGENTE ALGÚN SEGURO DE CAUCIÓN PARA ESTE MISMO RIESGO? SÍ NO

NOMBRE DE LA ASEGURADORA	PÓLIZA N°	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	SUMA ASEGURADA

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 solicitar una reconsideración de la decisión ante la misma instancia dentro del plazo de 30 días naturales siguientes a la comunicación que genera la disconformidad. MNK SEGUROS deberá responder la reconsideración dentro de los siguientes 30 día naturales a la interposición de la reconsideración.

ADVERTENCIAS Y DECLARACIONES

Declaro como solicitante haber recibido la información previa al perfeccionamiento del contrato de seguro, sea a través del intermediario de seguros o directamente por MNK SEGUROS sea por medio de documento papel, documento electrónico o por medio de acceso a una dirección electrónica.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

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).

SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:

NOMBRE:

PUESTO:

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR

NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO

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 G10-13-A13-468 V 8.1 en colones y G10-13-A13-469 V 8.1 en dólares, ambos con fecha 12 de marzo del 2026.