

SOLICITUD DE SEGURO

SEGURO DE RESPONSABILIDAD  
CIVIL NOTARIOS (COLECTIVO)**mnk**  
SEGUROS

Fecha: 27/11/2024

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F149

Ver: 6.1

Tipo de trámite:  Emisión  Variación  Cotización

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: Número de identificación:

¿Posee doble nacionalidad?:  Sí  No  
En caso afirmativo indicar nacionalidad y número de identificación:

Correo electrónico: Correo para envío de factura electrónica:

Tel. trabajo: Tel. habitación: Tel. celular:

Provincia: Cantón: Distrito:

Otras señas:

Profesión:

Actividad económica en que se desempeña: País donde se desempeña la actividad:

## INFORMACION NECESARIA UNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS

Nombre Completo del Representante legal: Número de Identificación:

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

## EXPLICACIÓN ACERCA DE LOS RIESGOS A CUBRIR

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO Anual  Semestral  Trimestral  Mensual  DESDE: HASTA:

## ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES

## DATOS DE COBERTURA, SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS

COBERTURAS ASEGURADAS	DEDUCIBLE	SUMAS ASEGURADAS	PRIMA
<input checked="" type="checkbox"/> Cobertura básica: Responsabilidad Civil Profesional (Notarios Públicos)			

## EXTENSIONES DE COBERTURA

<input checked="" type="checkbox"/> Herederos y Representantes Legales			
<input checked="" type="checkbox"/> Cónyuges			

## COBERTURA OPCIONAL

<input type="checkbox"/> Por Acción Penal			
---	--	--	--

Total:

## OTROS TEMAS

Moneda:  Colones  Dólares

PÓLIZA N°: Modalidad de Contratación:

 Contributiva  No Contributiva

## MODO DE PAGO DE LA PRIMA

 Cargo Automático a tarjeta de débito/  
crédito  Deducción de cuenta bancaria del cliente Depósito en cuentas de MNK Seguros (se debe adjuntar el formulario de autorización).

<input type="checkbox"/> Directo en caja y/o cobro en línea (se debe adjuntar el formulario de autorización).	
---	--

<b>OBSERVACIONES:</b>
-----------------------

**PLURALIDAD DE SEGUROS**

¿Actualmente mantiene otro seguro de Responsabilidad Civil Profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entidad aseguradora:
--	----------------------

¿Ha presentado alguna reclamación en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--

**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 que la información brindada en esta solicitud puede ser utilizada por MNK SEGUROS para cumplimentar las medidas de debida diligencia del cliente (DDC) establecidas en la normativa vigente en materia de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo.

- Entiendo que las declaraciones con falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la normativa vigente.

- Me obligo con MNK SEGUROS a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tal efectos tenga dispuesto.

- Autorizo a MNK SEGUROS en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 8204, todo lo relativo a mi información. Asimismo, autorizo a MNK SEGUROS para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras de bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido.

- Me comprometo a mantener informado a MNK SEGUROS sobre cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a la información declarada en este formulario mientras exista una relación comercial y contractual entre las partes.

**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"/>	Fecha:	Observaciones:
RECHAZADO <input type="checkbox"/>		

FUNCIONARIO AUTORIZADO:	INSTANCIA/DEPARTAMENTO:	<b>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</b>
-------------------------	-------------------------	---

**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 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](http://www.mnkseguros.com)

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	HORA: _____
	NOMBRE: _____ PUESTO: _____		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 G08-80-A13-1077 de fecha de registro V6.1 fecha 12 de marzo de 2026.

SOLICITUD DE SEGURO

SEGURO DE RESPONSABILIDAD  
CIVIL NOTARIOS (COLECTIVO)**mnk**  
SEGUROS

Fecha: 27/11/2024

Código: SGC-GTE-SUS-P01-F149

Ver: 6.1

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:	Póliza No.	
<b>DATOS DEL TOMADOR</b>			
Nombre y apellidos o razón social:	Número de identificación:	Número de Póliza Colectiva	
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>			
Nombre y apellidos:		Número de identificación:	
¿Posee doble nacionalidad?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo indicar nacionalidad y número de identificación:	
<b>MEDIOS PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:</b>	Correo electrónico:		Correo para envío de factura electrónica:
	Tel. trabajo:	Tel. habitación:	Tel. celular:
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Otras señas:		
Profesión:			
Actividad económica en que se desempeña:		País donde se desempeña la actividad:	
<b>DATOS ESPECIALES DEL PROFESIONAL ASEGURADO</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:		Año de incorporación:	
<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
AUTORIZADO POR LA DIRECCIÓN NACIONAL DE NOTARIADO (DNN):		Año de autorización:	
<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SÍ			
<b>DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO</b>			
Experiencia Laboral en Notariado			
Indique el número de Tomos de su protocolo:			
¿Mantiene su Protocolo, hojas de seguridad y demás documentos notariales en las condiciones exigidas por el Código Notarial y la DNN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Alguna vez ha sido sancionado o inhabilitado por la DNN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo favor brindar detalle:			
¿Alguna vez ha sido sancionado por el Tribunal Administrativo Notarial? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo favor brindar detalle:			
¿Lleva de forma ordenada y como exige el Código Notarial y normativa los archivos de referencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO		DESDE:	HASTA:
Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>			
<b>ELECCIÓN DE OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES</b>			
<b>DATOS DE COBERTURA, SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS</b>			
<b>COBERTURAS ASEGURADAS</b>	<b>DEDUCIBLE</b>	<b>SUMAS ASEGURADAS</b>	<b>PRIMA</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Cobertura básica: Responsabilidad Civil Profesional (Notarios Públicos)			

**EXTENSIONES DE COBERTURA**

<input checked="" type="checkbox"/>	Herederos y Representantes Legales		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cónyuges		

**COBERTURA OPCIONAL**

<input type="checkbox"/>	Por acción Penal		
			Total:

**OTROS TEMAS****MODO DE PAGO DE LA PRIMA**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cargo Automático a tarjeta de débito/ crédito<br><input type="checkbox"/> Directo en caja y/o cobro en línea (se debe adjuntar el formulario de autorización). | <input type="checkbox"/> Deducción de cuenta bancaria del cliente<br><input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de MNK Seguros (se debe adjuntar el formulario de autorización). |
|---|--|

**OBSERVACIONES:****PLURALIDAD DE SEGUROS**

¿Actualmente mantiene otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entidad aseguradora:
---	----------------------

¿Ha presentado alguna reclamación en los últimos 5 años?  Sí  No

**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 que la información brindada en esta solicitud puede ser utilizada por MNK SEGUROS para cumplimentar las medidas de debida diligencia del cliente (DDC) establecidas en la normativa vigente en materia de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo.
- Entiendo que las declaraciones con falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la normativa vigente.
- Me obligo con MNK SEGUROS a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos que para tal efectos tenga dispuesto.
- Autorizo a MNK SEGUROS en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar, únicamente a las entidades legalmente autorizadas, de conformidad con la Ley 8204, todo lo relativo a mi información. Asimismo, autorizo a MNK SEGUROS para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras de bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido.
- Me comprometo a mantener informado a MNK SEGUROS sobre cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a la información declarada en este formulario mientras exista una relación comercial y contractual entre las partes.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado Solicitante, según lo definido en la Ley No. 8968 "Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales", le informamos que:

- a. MNK Seguros Compañía Aseguradora S.A. 3-101-666929 (en adelante "MNK SEGUROS ") es una compañía que se dedica a la actividad aseguradora y será la destinataria de toda la información brindada.
- b. Esta información será almacenada en una base de datos de carácter personal, a la cual tienen acceso los colaboradores de MNK SEGUROS y los socios comerciales a los que MNK SEGUROS brinde autorización.
- c. Esta información será utilizada para los efectos necesarios del aseguramiento y cualquier otro tema relacionado con la presente póliza.
- d. Adicionalmente, MNK SEGUROS almacenará toda aquella información necesaria para poderle ofrecer los servicios del seguro adquirido. MNK SEGUROS podrá transferir la información a terceros para estos mismos usos.
- e. La aceptación del presente consentimiento no es obligatoria, sin embargo, de no aceptarlo, MNK SEGUROS podría verse imposibilitado de ofrecerle algunos servicios.
- f. Los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos personales serán respetados por MNK SEGUROS y los puede ejercer al correo: [contacto@mnksegueros.com](mailto:contacto@mnksegueros.com)

Teniendo conocimiento de lo anterior, como solicitante de esta póliza autorizo expresamente por este medio a MNK SEGUROS a lo siguiente:

- g. Brindar, la luz de la Ley N° 10057 y de forma permanente, la información necesaria sobre esta póliza y su estado a la Dirección Nacional de Notariado (DNN) cuando sea requerida, con el fin de simplificar los procesos de control y cumplimiento de mis obligaciones de Ley.  
Almacenar y dar tratamiento a los datos de carácter personal que sean suministrados por mi cuenta o por parte de otras entidades, en su base de datos de carácter personal.

Firma de aceptación del Solicitante: _____			
Cédula del Solicitante: _____			
<b>PROCESO DE ANÁLISIS (ACEPTACIÓN O RECHAZO) USO EXCLUSIVO DE MNK SEGUROS</b>			
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"/>	Fecha:	Observaciones:	
RECHAZADO <input type="checkbox"/>			
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	
<b>INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO</b>			
- Declaro como solicitante haber recibido o tenido acceso a la información relativa al contrato de seguro previo al perfeccionamiento 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: <a href="http://www.mnkseguros.com">www.mnkseguros.com</a>			
FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:		
	NOMBRE: _____		HORA: _____
	PUESTO: _____	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	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 G08-80-A13-1077 de fecha de registro V6.1 fecha 12 de marzo de 2026.			