

ASEPRISMAR

Solicitud de Préstamo Con Fiador

PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

FECHA DE SOLICITUD _____ N° CÉDULA _____ ESTADO CIVIL _____

CORREO PERSONAL _____ OCUPACIÓN _____

PROVINCIA _____ CANTÓN _____ DISTRITO _____

OTRAS SEÑAS: _____

N° 1 CELULAR _____ N° 2 CELULAR _____ CLUB _____

CANTIDAD SOLICITADA

INDIQUE EL PLAZO QUE DESEA PAGAR _____ (en meses) o CUOTA MENSUAL ¢ _____

DATOS DEL FIADOR

PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

N° Cédula _____ Club _____ N° Celular _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____ Otras señas: _____

Ocupación: _____ Correo Electronico Personal: _____

Firma del Fiador

REQUISITOS

1. El fiador debe tener mínimo un año de afiliado
2. Solicitud de crédito completa y firmada por solicitante y fiador
3. Copia de la cédula de solicitante y fiador
4. Comprobantes salariales del mes completo del solicitante y fiador
5. Firma de letra de cambio
6. Para la transferencia se requiere los documentos originales

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

Solicitud de Inclusión – Seguro Colectivo de Protección Crediticia

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

Fecha de solicitud: _____ Lugar de Solicitud: _____
 Nombre del Tomador: ASEPRIMAR No. de Póliza: ASEPICR-00001
 Vigencia Póliza Colectiva: Desde: 01-09-2026 12:00:00 a.m. Hasta: _____ 12:00:00 a.m.*
DATOS PERSONALES DE LA PERSONA ASEGURADA (SOLICITANTE):
 Nombre y Apellidos: _____ No. de Identificación: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 Método de Notificación: ☐ Email ☐ Teléfono Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
 Email: _____ Teléfono: _____
 Provincia, Cantón, Distrito: _____ Dirección Exacta: _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA SUS COBERTURAS EN CASO DE FALLECIMIENTO:

	Nombre Completo	Número de Identificación	Número de Teléfono	Relación con el Asegurado	Porcentaje de Participación
Beneficiario #1	ASEPRIMAR	3002313802	4081-1932	Acreedor	Saldo de la Deuda
Beneficiario #2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Beneficiario #3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Beneficiario a favor de Crédito: Si el beneficiario lo es en razón de un crédito a favor del asegurado, su beneficio se limitará al saldo insoluto de la deuda incluyendo intereses generados al momento del siniestro, según el contrato de crédito y la certificación contable correspondiente, pero sin exceder la suma asegurada convenida. Si la suma asegurada convenida excede el beneficio indicado, el remanente se pagará al asegurado, a sus beneficiarios distintos del acreedor o a sus herederos, según corresponda.

Plazo de vigencia de la persona asegurada - inclusión a partir de: _____, conforme el plazo del Seguro Colectivo.

CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y COBERTURAS:

Muerte (Básica) Monto Asegurado: ☒ Saldo de la Deuda ☐ Monto Original: N/A
X Incapacidad Total y Permanente (Opcional) Monto Asegurado: ☒ Saldo de la Deuda ☐ Monto Original: N/A
☐ Asistencia Funeraria (Opcional) **NO APLICA** Monto Asegurado: **NO APLICA EN ESTA POLIZA**
☐ Asistencia para Mascotas (Opcional) **NO APLICA** Monto Asegurado: **NO APLICA EN ESTA POLIZA**

PRIMA Y CONDICIONES DE PAGO:

Forma de Pago: MENSUAL Moneda: COLONES Prima total a pagar: _____

INFORMACIÓN RELEVANTE:

Participación: Su participación en el seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el tomador y el asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. Usted tiene derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario.

Medios y formalidades de comunicación: Conforme a lo establecido en las Condiciones Generales, las comunicaciones que se dirijan a Sagicor deberán realizarse por escrito directamente y enviadas a las oficinas ubicadas en Avenida Escazú, Edificio 205, 5to piso, Oficina Sagicor en San Rafael de Escazú, San José, correo electrónico servicioalcliente@sagicor.com. Cualquier notificación o aviso que Sagicor deba hacer al Tomador y/o a la Persona Asegurada se realizará por cualquier medio escrito o electrónico, tales como correo electrónico, entrega personal o correo certificado, estos últimos dirigidos a la dirección física consignada en la póliza.

Información previa y Documentación Contractual: Declaro haber recibido previo al perfeccionamiento de este contrato, en la misma fecha de esta solicitud, toda la información previa del producto, incluyendo información sobre las condiciones, coberturas, exclusiones, costos y demás términos establecidos en las Condiciones Generales del seguro, sus modificaciones y adiciones, con los cuales expreso estar en total acuerdo, y manifiesto ser informado que estos datos, así como las Condiciones Generales del producto donde se especifican las coberturas seleccionadas con sus respectivas formas de pago, límites por eventos o máximas sumas aseguradas, las exclusiones, plazos de disputabilidad, carencias, límites, sublímites y cualquier otra delimitación del riesgo cubierto, están disponibles en la página web www.sagicor.cr. Podrá ingresar también a nuestra página web por medio del código QR presente en este documento. Como Persona Asegurada, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a ASEGURADORA SAGICOR COSTA RICA S.A., copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones.



Información y consultas: Los Asegurados y miembros del grupo asegurable podrán obtener información y asesoría respecto a la presente póliza colectiva en los siguientes canales: (i) correo electrónico: servicioalcliente@sagicor.com, (ii) teléfono +506 4080-0776, (iii) página web www.sagicor.cr.

Proceso de análisis y plazo de aceptación: La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. En caso de duda, el Tomador y/o el solicitante puede contactar a nuestra Línea de Servicio al Cliente y WhatsApp +506 4080-0776.

TEMAS ADICIONALES:

Intermediario: DAVIBANK CORREDORA DE SEGUROS

***Nota aclaratoria:** Este seguro colectivo será prorrogable automáticamente en cada aniversario dándole continuidad a esta póliza. No obstante, cualquiera de las partes puede optar por no prorrogar este seguro y solicitar su terminación, previo aviso a su contraparte.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: Según lo definido en la Ley No. 8968 "Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales", le informamos que: (i) Sagicor es una compañía que se dedica a la actividad aseguradora y será la destinataria de información brindada; (ii) Esta información será almacenada en una base de datos de carácter interna, a la cual tienen acceso los colaboradores de Sagicor y los proveedores autorizados para brindar los servicios del seguro; (iii) Asimismo, esta información será utilizada para ofrecerle beneficios adicionales, promocionar sus servicios, ofrecer otros productos de Sagicor y enviarle información relacionada a los servicios adquiridos con Sagicor; (iv) Los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos personales serán respetados por Sagicor y los puede ejercer al teléfono 4080-0776 o correo servicioalcliente@sagicor.com. En caso de supresión de sus datos personales Sagicor podría verse imposibilitado de ofrecerle algunos servicios incluidos en este seguro. Al firmar esta Solicitud de Inclusión de Seguro estoy de acuerdo con lo indicado anteriormente.

Firma del Solicitante

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 P14-40-A12-412 de fecha 20 de febrero del 2013.