

**SEGURO DE AUTOMOVIL Y OCUPANTES
SOLICITUD DE SEGURO**
I. DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de casada
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento Día: Mes: Año:		Nacionalidad:
Tipo de identificación Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/>			Número de identidad	Numero de RTN:
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Fax No.:
Correo electrónico:			Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:	
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):				
Nombre de la empresa donde labora:		Posición /Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar en la empresa:
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:
Sitio web:				
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:		Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:		
		De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/>		
		De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>		
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?				
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?				

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE

Razón o Denominación Social:		Nombre Comercial:		No. R.T.N.
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:				
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo electrónico	Fecha de Constitución:	
Objeto social y/o actividad económica:				
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:				
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:				
	Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Continúa.....Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación: **Nombre Completo** **Numero de Identidad** **% Participación**

6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Favor Detallar dos referencias bancarias o comerciales 1: _____ 2: _____

Monto aproximado Anual de: Total de Activos: _____ Total de Ventas: _____ Ingresos Anuales: _____

Indicar si forma parte de un Grupo Financiero o económico? Sí No Detallar a cual pertenece: _____

Detalle al menos dos Proveedores Principales 1: _____ 2: _____

Especificar detalladamente la fuente de ingresos de la persona Jurídica: _____

III.- DIRECCIÓN DE COBRO

Los cobros se realizaran en: Domicilio Lugar de trabajo

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Otra Referencia		
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal

IV.- VIGENCIA

Duración: Desde _____ / _____ / _____ a las 12:00 del mediodía Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00 del mediodía
 Día Mes Año Día Mes Año

V.- DATOS DEL BENEFICIARIO O ACREEDOR

Relación Financiera: Personal:

Nombre Completo o Razón Social	Número de Identificación:	Hasta por la suma de:
--------------------------------	---------------------------	-----------------------

VI.- INFORMACIÓN ADICIONAL

a) Grupo Empresarial al que pertenece:	
b) El vehículo se emplea para:	Lugar habitual donde se guarda el automóvil:
c) El propietario del automóvil será el conductor? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	
d) Experiencia en la conducción de automóvil de este tipo:	
e) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Explique:	
f) Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cuando?, Suma Asegurada?, Con qué Compañía	
g) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

VII.- CARACTERÍSTICAS DEL VEHICULO

Marca:	Serie de Chasis:	Modelo:	Número de Ocupantes
Tipo:	Serie de Motor:	Color:	Valor Según Factura:
Año de Fabricación:	Vin:	Número de Placa:	Fecha de Compra:

VIII.- DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE COBERTURA DE EDAD:

El vehículo será conducido por una persona mayor de 65 años o menor de 21 años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nombre Completo	No. de Identidad	Fecha de Nacimiento
1.-		
2.-		
3.-		

IX.- COBERTURAS

MONEDA: LPS:

US\$:

Detalle	Suma Asegurada Amparado o Excluido	Prima
"A": Colisiones y Vuelcos Accidentes		
"B-1": Incendio, Rayo y Autoignición		
"B-2": Robo Total del Automóvil		
"B-3": Huelgas y Alborotos Populares		
"C": Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus Bienes		
"D": Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus Personas.		
Máximo por persona:		
Máximo por dos o más personas:		
"E": Rotura de Cristales		
"F": Equipo Especial		
"G": Desbordamientos, Derrumbes de Carretera y otros Fenómenos de la Naturaleza		
"H": Extensión Territorial		
"I": Gastos Médicos		
Cobertura Adicional		
Seguro de Ocupantes		
"A": Muerte Accidental por Ocupantes		
"B": Incapacidad Total y Permanente		
"C": Reembolso de Gastos Médicos		
Deducibles:		
Perdidas Parciales Coberturas A, B1, B3 Y G:	Prima Neta:	
Pérdida Total A, B1, B3, G:	Impuesto sobre Ventas:	
Robo Total B2:	Gastos de Emisión:	
Responsabilidad Civil C:	Responsabilidad Civil en Exceso:	
Rotura de Cristales E, Equipo Especial F y Bolsas de Aire:	Seguro de Ocupantes:	
	Prima Total:	

Descripción del Equipo Especial (Si aplica):

Vehículo con Dispensa Fiscal: Si

No

Valor Dispensado:

X.- FORMA DE PAGO

No. de Pagos:

Primer Pago:

Demás Pagos:

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el Cuestionario y Solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este Cuestionario y Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado arriba. Queda estipulado que el asegurador sólo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y que el asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere. El asegurador tratará esta información con estricta confidencia.- Autorizo a Seguros del Pais, S.A., a poder ingresar a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del Pais, cuando lo estime conveniente para corroborar la información brindada.

Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y Fecha:

XI.- FIRMAS

Nombre del Solicitante o
Representante legal según escritura o
Poder de Representación

Firma del Solicitante o Representante
legal según escritura o Poder de
Representación

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios