

**SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO**

YO _____
en calidad de: _____
emitir a nombre de: _____
póliza de seguro de automóvil con las siguientes características:

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Documento de Identificación : <sup>1</sup>	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Teléfono Convencional:	Celular: Fax:
E-mail:	Dirección:
Departamento:	Municipio:
Estado Civil:	Profesión o Actividad:
Moneda de Contratación: C\$ <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/>	Modalidad de Pago: Contad <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/> _____ cuotas.
	Débito Automático <input type="checkbox"/>
Plazo de Vigencia solicitado:	
Dirección de Cobro:	

Si Usted es Contratante y Asegurado, favor no llenar la sección de los DATOS DEL ASEGURADO.

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre Completo:	
Documento de Identificación : <sup>2</sup>	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Teléfono Convencional:	Celular: Fax:
E-mail:	Dirección:
Departamento:	Municipio:
Estado Civil:	Profesión o Actividad:

**CESIÓN DE DERECHO (BENEFICIARIO)**

A favor de:	
Documento de Identificación : <sup>3</sup>	Monto:
Dirección del Cesionario:	Teléfono:

**DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO**

Placa:	No. Motor:	Pasajeros: (Valor en Letras)
Tipo:	No. Chasis:	Combustible: Gas <input type="checkbox"/> Diesel <input type="checkbox"/>
Marca:	No. VIN:	Carga: Inflamable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Modelo:	Tonelaje:	Transmisión: Mecánico <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/> Electrónico <input type="checkbox"/>
Color:	Año:	Tracción: Sencilla <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/>
No. de Velocidades:	Kilometraje:	Radio: Cassette <input type="checkbox"/> Cd/Mp3 <input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Usb <input type="checkbox"/> Bluetooth <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Nuevo:	Usado:	Fecha de Compra:

1 Pueden ser documentos de identificación según sea el caso: Cédula de Identidad, N° de Registro de Pasaporte, N° de Cédula de Residencia, N° de Registro de Cédula de Residencia, Documento CA-4 (Para Centroamericanos), Carnet Diplomático o N° de RUC de la Empresa.

2 Idem

3 Idem

El nombre completo declarado, debe ser conforme lo refleja el documento de identificación según sea el caso.

Uso del Vehículo: Particular <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Pasajero Privado <input type="checkbox"/> Pasajero Comercial <input type="checkbox"/> Carga Privada <input type="checkbox"/> Carga Comercial <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Motos <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Agrícola Comercial <input type="checkbox"/> Agrícola Privado <input type="checkbox"/> Moto Taxis <input type="checkbox"/>
Dispositivo de Seguridad del vehículo: GPS <input type="checkbox"/> Lookjack <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> :
Declare si tiene otros seguros este vehículo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar qué tipo de seguro y con qué compañía lo tiene: _____

**CONDUCTOR MENOR DE EDAD**

¿Requiere cobertura para menores de edad? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
Nombre:	No. De Licencia de Conducir:	Deducible %:
Nombre:	No. De Licencia de Conducir:	Deducible %:



ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS Y/O SERVICIOS SOLICITADOS

COBERTURAS	Deducible		Suma Asegurada	PRIMA
	Fijo	%		
<b>A Responsabilidad Civil por Muerte o Lesiones</b>				
1 Muerte o Lesiones Corporales a una Persona				
2 Muerte o Lesiones Corporales a dos o más Personas				
3 Daños Materiales Causados a Terceros en sus bienes				
<b>B Responsabilidad Civil Adicional</b>				
1 Muerte o Lesiones Corporales a una Persona				
2 Muerte o Lesiones Corporales a dos o más Personas				
3 Daños Materiales Causados a Terceros en sus Bienes				
<b>C Coberturas Básicas</b>				
1 Choques, vuelcos, auto ignición, incendio y explosión				
2 Robo Total y Parcial a consecuencia de Robo Total				
3 Rotura de vidrios				
4 Delitos contra el orden público y daños maliciosos				
5 Catástrofe y otros riesgos de la naturaleza				
<b>D Otras Coberturas</b>				
1 Responsabilidad Civil del conductor por muerte o lesiones a pasajeros				
2 Responsabilidad Civil en Exceso de la Adicional				
3 Pérdida Total o Robo Total				
4 Robo Parcial				
5 Extensión territorial				
6 Gastos Médicos para los ocupantes				
7 Robo del equipo especial				
8 Vehículo rentado en caso de accidente				
9 Cobertura para menor de edad				
<b>E Servicios</b>				
1 Taller Elegido				

PRIMA EXENTA	
PRIMA GRAVADA	
PRIMA BRUTA	
DESCUENTO	
RECARGO	
PRIMA NETA	
DERECHO DE EMISIÓN	
I.V.A	
FINANCIAMIENTO	
PRIMA TOTAL	
DEPÓSITO	
PRIMAAL COBRO	

Nombre Completo y Firma del Solicitante

Consentimiento de Arbitraje, ¿Desea usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiere de este contrato? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.

Declaro que he llenado de buena fe, la presente Solicitud de Seguro de Automóvil, con información veraz y completa, cualquier inexactitud u omisión dará lugar a la negación de un reclamo y/o cancelación del contrato. Por lo antes descrito solicito emisión de un contrato de Seguro de Automóvil con la información aquí suministrada y expreso que estoy consciente, que este contrato entrará en vigor hasta que INISER acepte la presente solicitud y expida la póliza de Seguro de Automóvil.

Dado en la Ciudad de: \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_.

Nombre y Apellido del Solicitante

Firma y Sello

Nombre, Clave y Firma de Agente: \_\_\_\_\_