

SOLICITUD PARA SEGUROS DE AUTOMÓVIL

Información del asegurado

Datos del Contratante (Personas Naturales)

-Persona quien paga la póliza-

Apellidos:	Nombre:	Edad:	Sexo: F () M ()	Estado Civil:
Dirección de domicilio:			Departamento:	
Teléfono de domicilio:	Celular:	E-mail:		
Cédula de identidad:	Pasaporte:	Cédula de residencia (extranjeros):		
Documento CA-4:	No. de registro del Pasaporte:	Carnet Diplomático:		
Lugar de Trabajo:	Cargo:	Actividad:		
	Profesión u oficio:			
Dirección del trabajo:	Correo Electrónico	Teléfono:		
		Fax:		

Datos del Contratante (Personas Jurídicas)

-Empresa u organización quien paga la póliza-

Nombre de la Empresa:	No. RUC:	
Dirección de la empresa:	Actividad de la empresa:	
Teléfono de la empresa:	Fax:	E-mail:
Nombre del representante legal:	Cédula del representante legal:	

Datos del Asegurado

-Persona a quien designa el contratante como asegurado en la póliza-

Apellidos:	Nombre:	Edad	Estado Civil:
Cédula de identidad:	Pasaporte:	Cédula de residencia (extranjeros):	
Dirección de domicilio:	Teléfono de domicilio:	Celular:	
Lugar de Trabajo:	Cargo:	Ocupación u oficio:	
Correo electrónico:	Relación con el contratante:	Teléfono de la empresa:	
Dirección de la empresa:	Actividad:		

Información del Vehículo

#	Año	Marca	Modelo	Tipo	Ton.	Chasis	Motor	Placa
1								
2	Más de un vehículo adjuntar proforma y/o copia de circulación							

USO (MARQUE CON UNA X)

#	Turismo	Particular	Alquiler	Carga Comercial	Tipo de Carga (Especificar)	Servicio Público	Servicio Privado	Taxi
1								

Accesorios adicionales o modificaciones (Presentar respaldo de facturas y valores)

#	Descripción	Valor
1		
2		

Coberturas Solicitadas

A. RESPONSABILIDAD CIVIL A TERCEROS *	SI () NO ()	Suma Asegurada	Deducible
A.1 Muerte o Lesiones a una persona	SI () NO ()		
A. 2 Muerte o lesiones a dos o mas personas			
A.3 Daños a la propiedad ajena			
B. RESPONSABILIDAD CIVIL DEL CONDUCTOR POR MUERTE O LESIONES A PASAJEROS	SI () NO ()		
C. DAÑOS MATERIALES AL VEHICULO	SI () NO ()		
C.1 Choques y vuelcos accidentales , auto ignición, incendio, Rayo y explosión; robo total o robo parcial a consecuencia del robo total.			
C.2 Catástrofe y otros riesgos de la naturaleza			
C.3 Tumultos populares, huelgas o disturbios laborales, paros. Incluye gastos de remolque hasta por \$125 dólares.			
D. ROTURA DE CRISTALES	SI () NO ()	5% del valor de nuevo	
E. ROBO DEL EQUIPO ESPECIAL A CONSECUENCIA DEL ROBO TOTAL	SI () NO ()		
F. REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS A OCUPANTES	SI () NO ()		
G. EXTENSION TERRITORIAL A OTROS PAISES	SI () NO ()		
H. VEHICULO SUSTITUTO EN CASO DE ACCIDENTE	SI () NO ()		
I. ROBO TOTAL O PERDIDA TOTAL UNICAMENTE	SI () NO ()		
J. GASTOS FUNERALES PARA EL CONTRATANTE	SI () NO ()		
TIPO DE PÓLIZA: () INDIVIDUAL () COLECTIVA		FORMA DE PAGO:	
CESIÓN DE DERECHO A FAVOR DE:	Suma Cedida:	Vigencia de la póliza: Desde: Hasta:	

Información General (Solamente para Personas Naturales)

Miembros del núcleo familiar u otros (con licencia) que conducirán el vehículo

Conductor	Nombre y Apellido	Número de Licencia	Edad	% de Uso	Sexo	Parentesco
1						
2						
3						

¿Todas las personas que van a conducir el vehículo tienen más de tres años de haber obtenido sus licencias de conducir? Si () No ()

¿Todas las personas que van a conducir el vehículo son mayores de 21 años y con licencia autorizada? Si () No ()

Explique si contesta "SI" a las siguientes preguntas:

¿Se le ha suspendido, rechazado o cancelado la licencia de conducir a alguna de las personas que habitualmente van a conducir el vehículo? Si () No ()

¿Alguna vez le han revocado, cancelado o no-renovado alguna solicitud de seguro en los últimos tres años? Si () No ()

¿El propuesto asegurado tiene otras pólizas con Seguros América? Si () No ()

¿El propuesto asegurado cuenta con una póliza de automóvil o seguro obligatorio sobre el mismo vehículo con otra compañía? Si () No ()

¿Ha tenido usted asegurado este mismo vehículo anteriormente? Si () No () ¿Con qué compañía?:

¿Ha sufrido usted vuelcos, colisiones, incendio o robo en los últimos (5) años en el vehículo a asegurar o en cualquier otro vehículo? Si () No ()

Fecha	Causa	Cobertura	Monto Indemnizado

Explique:

Ante cualquier controversia que surgiere del contrato, acepta usted un proceso de arbitraje? SI NO

Autorizo a seguros américa enviar por correo electrónico mi póliza de automóvil, incluyendo renovación y/o adendas que se realicen. SI NO

Correo electrónico donde desea recibir su póliza: _____

El solicitante conviene en que esta solicitud se considere como una propuesta, para asegurar el (los vehículo(s) antes descrito(s), la que en caso de ser aprobada por **seguros américa**, sirva de base para la emisión de la póliza respectiva de acuerdo a las **condiciones generales** en vigor. El solicitante declara que todas las respuestas proporcionadas en esta solicitud son exactas, completas y verdaderas y acepta que cualquier inexactitud, ocultamiento u omisión en las mismas eximira a seguros américa de toda obligación. El solicitante declara y afirma que todos los datos relativos a su nombre y domicilio, descripción del vehículo, servicio a que se destinara y en su caso, clase y descripción de la carga que transportara, son completos y verdaderos, y que solicita el seguro propuesto de acuerdo con las anotaciones y límites indicados en esta solicitud. Este documento solo constituye una solicitud de seguro, y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por **seguros américa**, ni de que en caso de aceptarse, concuerde totalmente con las condiciones de la póliza. En caso de ser un vehículo usado la presente solicitud no significa aceptación de la misma y se requiere de previa inspección y autorización por parte de la compañía. **Límite de responsabilidad:** el límite de responsabilidad ha sido fijado por el asegurado y no es prueba ni de la existencia ni del valor de los bienes asegurados, únicamente representa la base para limitar la responsabilidad máxima de la compañía.

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

CORREDURÍA y/o AGENTE