

Solicitud No. _____

Solicitud de Seguro de Vehículos

El interesado por este medio solicita las coberturas más adelante detalladas y declara que son verdaderos y exactos todos los datos que se consignan a continuación.

No. de Agente

Asegurado

En caso de Empresa (Nombre y Razón Social) _____
 En caso de personas (Apellidos y Nombre) _____
 Dirección _____ Teléfono: _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Ocupación _____ Nit: _____
 Conductor Habitual _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo: _____
 Cláusula de Beneficiario a favor de: _____

Responsable del Pago (Contratante)

En caso de Empresa (Nombre y Razón Social) _____
 En caso de personas (Apellidos y Nombre) _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Dirección de Cobro _____ Teléfono: _____
 Código Postal _____ Nit: _____

Duración de la Póliza

Desde: día: mes: año: hora:
 Hasta: día: mes: año: hora:

Número de Pagos Solicitados

Características del Vehículo

Año Modelo Marca
 Placa Motor Chassis
 Uso No. de Asientos Cilindrada
 Tipo Carrocería Puertas
 Color

Que otros seguros se encuentran vigentes en este vehículo

Saldo del Vehículo que adeuda a la fecha

NOTA:

ACOMPañAR FOTOCOPIA DE TARJETA DE CIRCULACION, FACTURA DE COMPRA O/DRI (RECIBO DE FINANZAS) SI EL VEHICULO ES NUEVO. NO SE TRAMITARA NINGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE VEHICULO SI NO ESTA ACOMPañADA DE ESTE DOCUMENTO.

La presente solicitud no obligará a la Compañía, sino hasta el momento en que esta conste por escrito, aceptando la cobertura solicitada o emita la correspondiente póliza, en cualquiera de los casos con autorización de apoderado o persona específicamente autorizada por la Compañía y previa inspección del vehículo.

CLASIFICACION DEL VEHICULO

Sección 1: Daños propios al vehículo

Valor del vehículo incluyendo el valor declarado como equipo especial

Q.

| | SI | NO | Tasa | Q. | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-------|-----|
| Sección 1a: Vuelco o colisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | % | _____ | (+) |
| Sección 1b: Otros daños | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | % | _____ | (+) |
| | | | Sub-total | _____ | = |
| Descuento por cláusula pérdida total | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | _____ | (-) |
| Explosión, motín, huelga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incluido | _____ | (+) |
| | | | Sub-total | _____ | = |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------|--------|
| Descuento por incremento al deducible _____ % | Deducible Total de: | | % | Q. | (-) |
| Cobertura de grúa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | Q. | (+) |
| Robo parcial hasta un límite de _____ | Deducible de: | | % | Q. | (+) |
| | | | | Sub-total | = |
| Recargo por franquicia _____ | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | % | Q. | (+) |
| TOTAL SECCION 1 | | | | Q. | (=)(+) |

Sección 2: Responsabilidad Civil excluyendo a ocupantes del vehículo

| | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------|--------|
| Daños a la propiedad ajena, hasta | Q. | | | Q. | (+) |
| Lesiones Corporales hasta Q. _____ por persona | | | | | |
| Por accidente, hasta | Q. | | | | |
| Exceso de responsabilidad civil hasta un límite de | Q. | | | Q. | (+) |
| | | | | Sub-total | (=) |
| Reposición automática | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | % | Q. | (+) |
| TOTAL SECCION 2 | | | | Q. | (=)(+) |

Sección 3: Gastos Médicos y Accidentes Personales a ocupantes del Vehículo Asegurado

| | | | | | |
|---|----------------------|--|--|----|--------|
| Para cada persona y en cada cobertura hasta | <input type="text"/> | | | | |
| Para Número de _____ asientos, límite para cada cobertura | <input type="text"/> | | | | |
| TOTAL SECCION 3 | | | | Q. | (=)(+) |

TOTAL SECCIONES 1,2 Y 3

RECARGO SOBRE EL TOTAL DE PRIMAS

| | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|----|-----|
| Menores de 25 años (pero mayores de 18 años) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | % | Q. | |
| Desde: _____ Hasta: _____ | | | | | |
| Por uso comercial | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | % | Q. | |
| Otros: _____ | | | % | Q. | |
| TOTAL RECARGOS | | | | Q. | (=) |

PRIMA TOTAL DE SECCIONES Y REGARGOS
GASTOS DE EMISION

| | | | | |
|--|--|-----------|----|--------|
| | | | Q. | (=)(+) |
| | | | Q. | (+) |
| | | SUB-TOTAL | Q. | (=) |
| I.V.A. | | | Q. | (+) |
| TOTAL DE PRIMA MAS GASTOS E IVA | | | Q. | (=) |

| | |
|-----------------------------|----------|
| Descripción Equipo Especial | Valor |
| _____ | Q. _____ |
| _____ | Q. _____ |
| _____ | Q. _____ |

Firma del Contratante o Asegurado _____

Código y Firma del Agente

Código y firma del Suscriptor

Guatemala, _____ de _____ de _____.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Código de Asegurado | <input type="text"/> | Código Contratante | <input type="text"/> | Código Beneficiario | <input type="text"/> |
| Necesita Reaseguro Facultativo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | |