



**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:				
			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		
Cédula de identidad:		Pasaporte:			Cédula de residencia (extranjeros):		
Dirección de domicilio:			Teléfono:		Celular:		
Lugar de Trabajo:			Cargo:		Ocupación u oficio:		
Correo electrónico:			Relación con el contratante:				

**Información del Vehículo**

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

**USO (MARQUE CON UNA X)**

#	Turismo	Particular	Alquiler	Carga Comercial	Tipo de Carga	Servicio Público	Servicio Privado	Taxi
1								
2								

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

#	Descripción	Valor
1		
2		

Coberturas Solicitadas						
<b>A. RESPONSABILIDAD CIVIL A TERCEROS *</b> A.1 Muerte o Lesiones a una persona A. 2 Muerte o lesiones a dos o mas personas A.3 Daños a la propiedad ajena		SI ( ) NO ( )		Suma Asegurada	Deducible	
<b>B. DAÑOS MATERIALES AL VEHICULO</b> B.1 Choques y vuelcos accidentales, autoignición, incendio, Rayo y explosión; robo total o robo parcial a consecuencia del robo total. B.2 Catástrofe y otros riesgos de la naturaleza B.3 Tumultos populares, huelgas o disturbios laborales, paros. Incluye gastos de remolque hasta por \$100 dólares.		SI ( ) NO ( )				
<b>C. ROTURA DE CRISTALES</b>		SI ( ) NO ( )		5% del valor de nuevo		
<b>D. GASTOS MÉDICOS A OCUPANTES</b>		SI ( ) NO ( )				
<b>E. EXTENSIÓN TERRITORIAL (Centro América y Panamá)</b>		SI ( ) NO ( )				
<b>F. ROBO DEL EQUIPO ESPECIAL</b>		SI ( ) NO ( )				
<b>G. VEHICULO SUSTITUTO EN CASO DE ACCIDENTE</b>		SI ( ) NO ( )				
* Esta cobertura ampara la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por daños materiales a terceros en sus bienes y/o cause lesiones corporales o la muerte a terceros, <b>incluyendo pasajeros</b> siempre y cuando los pasajeros <b>no dependan</b> civilmente del asegurado o cuando estén a su servicio en el momento del accidente y el asegurado sea declarado responsable del accidente.						
<b>TIPO DE PÓLIZA:</b> ( ) INDIVIDUAL ( ) COLECTIVA				<b>FORMA DE PAGO:</b>		
<b>CESIÓN DE DERECHO A FAVOR DE:</b>				<b>Vigencia de la póliza:</b> DESDE: HASTA:		
<b>Información General (Solamente para Personas Naturales)</b>						
<b>Miembros del núcleo familiar u otros (con licencia) que conducirán el vehículo</b>						
<b>Conductor #</b>	<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Número de Licencia</b>	<b>Edad</b>	<b>% de Uso</b>	<b>Sexo</b>	<b>Parentesco</b>
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 ( )	
<b>Explique si contesta "SI" a las siguientes preguntas:</b>						
¿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 ( )		
¿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 ( )		
<b>Fecha</b>	<b>Causa</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Monto Indemnizado</b>			
<b>Explique:</b>						

EL SUSCRITO CONVIENE EN QUE ESTA SOLICITUD SE CONSIDERE COMO UNA PROPUESTA, PARA ASEGURAR EL (LOS VEHICULO(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 PARA **SEGURO DE AUTOMÓVILES**.

**DECLARACIONES DEL SOLICITANTE:** EL SOLICITANTE DECLARA Y AFIRMA QUE TODOS LOS DATOS RELATIVOS A SU NOMBRE Y DOMICILIO, DESCRIPCIÓN DEL VEHICULO, 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 LIMITES 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 VEHICULO USADO LA PRESENTE SOLICITUD NO SIGNIFICA ACEPTACION DE LA MISMA Y SE REQUIERE DE PREVIA INSPECCION Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

CORREDURÍA y/o AGENTE