

**SEGURO DE AUTOMOVILES (FORMATO INDIVIDUAL)**  
**SOLICITUD DE SEGURO**



El suscrito, por medio de la presente solicitud conviene se considere de naturaleza declaratoria y como base del seguro para expedición de la Póliza respectiva en caso de ser aceptada, propone a: SEGUROS ATLANTIDA, S.A., que de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza impresas y adjuntas a esta solicitud y que comprenden copia de las cláusulas de la póliza que ha de emitirse, ya sea de carácter general o especial. La solicitud de seguro de vehículos que hace a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., para la persona.

**I. DATOS DEL ASEGURADO** (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "N/A")

|  |   |                                    |   |                             |
|--|---|------------------------------------|---|-----------------------------|
| Primer Apellido  | Segundo Apellido                              |                                    | Nombre                                      | Apellido de Casada          |
| Lugar de Nacimiento  | Fecha de Nacimiento                           |                                    | Edad  | Nacionalidad                |
|  | Día   | Mes                                | Año   |                             |
| Número de Identificación (anexar fotocopia)  | Tipo de Identificación                        |                                    |   |                             |
|  | Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> | Pasaporte <input type="checkbox"/> | Carne de Residente <input type="checkbox"/> |                             |
| Sexo   | Estado Civil                                  |                                    | Nombre del Cónyuge                          |                             |
| M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>  | S <input type="checkbox"/>                    | C <input type="checkbox"/>         | V <input type="checkbox"/>                  | UL <input type="checkbox"/> |
| Dirección Completa del Hogar donde reside  | Departamento:                                 |                                    | Ciudad:                                     |                             |
| Barrio o Colonia:  | Calle o Bloque:                               |                                    | Número de Casa:                             |                             |
| Teléfono de Residencia   | Número de Celular                             |                                    | Correo Electrónico                          |                             |
| Nombre de la Empresa o Negocio donde labora  | Posición / Cargo que desempeña                |                                    | Tiempo de laborar en la empresa             |                             |
| Dirección Completa de la Empresa o Negocio donde labora  | Departamento:                                 |                                    | Ciudad:                                     |                             |
| Barrio o Colonia:  | Calle o Bloque:                               |                                    | Número de Casa:                             |                             |
| Teléfono de Trabajo  | Fax No.                                       | Correo Electrónico                 |   | Sitio Web                   |
| Especifique detalladamente su fuente de ingresos: Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> |   |                                    |   |                             |
| Socio <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>   |   |                                    |   |                             |
| ¿Mantiene pólizas suscritas sobre estos bienes con otra aseguradora(s)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |   |                                    |   |                             |

Beneficiarios (anotar nombre completo, en letras de molde):

Duración del Seguro: \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ años **ESTE CUADRO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA**

Desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ al medio día

Desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ al medio día



**El automóvil a asegurar es el que a continuación se describe**

| Año del Modelo | Marca del Vehículo | Color del Vehículo | Tipo de Vehículo | Capacidad | Números |
|----------------|--------------------|--------------------|------------------|-----------|---------|
|                |                    |                    |                  | Pasajeros | Motor   |
|                |                    |                    |                  | Libras    | Serie   |

**Término de adquisición**

|                                   |     |   |              |                    |                      |
|-----------------------------------|-----|---|--------------|--------------------|----------------------|
| Fecha y Estado en que lo adquirió |     |   | No. de Placa | Valor del Vehículo | Forma de Adquisición |
| Mes                               | Año | Estado  |              |                    |                      |
|                                   |     | Usado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> |              |                    |                      |

**Especificación de Riesgos**

| COBERTURA  | DEDUCIBLE | COASEGURO | SUMA |
|--|-----------|-----------|------|
| A.- Colisiones y vuelcos accidentales.   |           |           | L.   |
| B.- Incendio y Rayo, Robo total del automóvil, huelgas y alborotos populares.  |           |           | L.   |
| C.- Responsabilidad civil por daños a terceros en sus bienes.  |           |           | L.   |
| D.- Responsabilidad civil por daños a terceros en sus personas, por una sola persona.<br>Por dos o más personas en un solo accidente hasta la suma de                    |           |           | L.   |
| E.- Rotura de cristales por cualquier causa.   |           |           | L.   |
| F.- Equipo especial.   |           |           | L.   |
| G.- Desbordamiento de ríos, derrumbes de carreteras y otros.   |           |           | L.   |
| H.- Extensión territorial.   |           |           | L.   |
| I.- Gastos médicos.<br>Por uno solo<br>Una suma máxima por todos de  |           |           | L.   |
| J.- Accidentes Personales / Asiento de vehículo<br>Por uno solo<br>Una suma máxima por todos de  |           |           | L.   |
| J1.- Indemnización por pérdida accidental de la vida:<br>L.  |           |           | L.   |
| J2.- Indemnización por Incapacidad Total permanente:<br>L.   |           |           | L.   |
| <b>SUMA TOTAL</b>  |           |           | L.   |
| <p><b>FORMA DE PAGO</b></p> <p>PRIMA NETA _____</p> <p>IMPUESTO S/VENTA _____</p> <p>SEGURO DE ASIENTO _____</p> <p>GASTOS DE EMISION _____</p> <p>PRIMA TOTAL _____</p> |           |           |      |

**DECLARACION DEL SOLICITANTE:**

El automóvil descrito se destinará para uso: \_\_\_\_\_

Lugar habitual donde guardo el vehículo: \_\_\_\_\_

El propietario del vehículo será el conductor: SI  NO  GENERALMENTE  OCASIONALMENTE

**Cláusulas especiales:** El solicitante conviene y acepta que la Compañía incluya las cláusulas que se describen a continuación:

- a) La compañía no será responsable de cualquier siniestro que le ocurra a las personas que se transportan fuera de la cabina metálica al momento de producirse el accidente.
- b) El solicitante **HACE CONSTAR QUE:** Ha analizado la prima aplicable al caso particular del riesgo propuesto, la cual acepta incondicionalmente, si la presente oferta es resuelta favorablemente.
- c) Tampoco será responsabilidad de la compañía, salvo convenio expreso en contrario, por la pérdida, daño o responsabilidad que sufra, cause o que incurra el automóvil asegurado mientras sea manejado por un menor de veintiún años de edad y mayor de 18 años, a menos que se pacte lo contrario.

¿Cuántos años tiene de manejar? \_\_\_\_\_

Con licencia: PESADA  LIVIANA  ESPECIAL  PARTICULAR

¿Cuántos accidentes ha tenido? \_\_\_\_\_ Causas: \_\_\_\_\_

Fecha de accidentes: \_\_\_\_\_

En todo caso los porcentajes y cantidades convenidos como deducible, se estipularan en la Caratula de la Póliza o en los Anexos o certificados que se expidan en aplicación a ella.

**AFIRMACIONES DEL SOLICITANTE:** El solicitante declara y afirma que los datos relativos a su ocupación o negocio, la descripción del automóvil, los detalles de su adquisición, los usos a que se destinará y las contestaciones a las diversas preguntas según quedan anotadas en esta solicitud, son verídicas.

El solicitante hace constar que conoce y acepta las condiciones generales y especiales de la Póliza.

### IMPORTANTE

Queda entendido y convenido que este formulario constituye una solicitud de seguro y que no tendrá vigencia hasta tanto no se haya emitido la Póliza respectiva y la misma haya sido debidamente firmada por el representante legal de Seguros Atlántida, S.A., para lo cual se aplicara lo establecido en el Artículo 87 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

Nombre y Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Intermediario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Registro del Intermediario en la C.N.B.S.: \_\_\_\_\_

Revisado y Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sub-Gerencia Automóviles

\_\_\_\_\_  
Gerencia General