

SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMOTORES A



Paseo Gral. Escalón No.5338, San Salvador,  
Tel. 2263-0700,2263-6655 Fax 2263-1246

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA COMPAÑIA

PÓLIZA N°: \_\_\_\_\_ VIGENCIA: \_\_\_\_\_  
FORMA DE PAGO: \_\_\_\_\_ RECARGO: \_\_\_\_\_ %

DATOS GENERALES:

1.Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
 2.Domicilio (dirección particular): \_\_\_\_\_  
 3.Dirección para el cobro de la prima: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 4.Nombre del propietario: \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DEL VEHICULO

N° de Placa:	Marca:	Tipo de Carrocería:
Modelo:	N° de Chasis:	N° de Motor:
Color:	Año de fabricación:	Asientos:
Toneladas:	N° de Puertas:	Motor Especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Radio Receptor: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comprado a:	Valor de Compra : \$
		Valor Actual: \$

COBERTURAS SOLICITADAS

	SUMA ASEGURADA	PRIMA ( Clase )
1. DAÑOS AL VEHÍCULO		
a) Daños materiales al vehículo, incluyendo, robo . . . . .	\$ _____	\$ _____
b) Daños al equipo especial consistente en: _____	\$ _____	\$ _____
Deducible aplicado a cobertura 1- a) \$ _____		
2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS BIENES, hasta.	\$ _____	\$ _____
3. RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS PERSONAS		
a) Limite por una sola persona, hasta . . . . .	\$ _____	\$ _____
b) Limite por accidente, hasta . . . . .	\$ _____	\$ _____
4. GASTOS MEDICOS PARA LOS OCUPANTES DEL VEHICULO DESCRITO:		
a) Limite por una sola persona, hasta . . . . .	\$ _____	\$ _____
b) Limite por accidente, hasta. . . . .	\$ _____	\$ _____
	SUB-TOTAL . . . . .	\$ _____
Recargo: 25% por insuficiencia de edad y/o licencia con vigencia menor de un año . . . . .	\$ _____	\$ _____
Menos descuento del _____ % . . . . .	\$ _____	\$ _____
	HTA (Riesgo 5) . . . . .	\$ _____
	PRIMA INICIAL . . . . .	\$ _____
Recargo por Pago Parcial. . . . .	\$ _____	\$ _____
Impuesto sobre Prima a Pagar . . . . .	\$ _____	\$ _____
	TOTAL ANUAL A PAGAR	\$ _____

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE:

Profesión del Solicitante: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_  
 Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_  
 ¿Su licencia ha sido cancelada alguna vez? Si No ¿Cuándo y por cuánto tiempo?  
 ¿Usa el vehículo en su ocupación? Si No Uso del vehículo \_\_\_\_\_  
 (Uso exclusivo de: familia, transporte de materiales de construcción, reparto de pan o leche, transporte de carga de personas a base de remuneración u Otros)  
 ¿Con qué compañía de Seguros ha estado asegurado su (s) vehículo (s)? \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna compañía aseguradora le ha negado asegurar su (s) vehículo (s)? Si No

PERSONAS QUE MANEJARAN EL VEHICULO:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	N° DE LICENCIA	CLASE DE LICENCIA	AÑO EN QUE OBTUVO LICENCIA POR PRIMERA VEZ

Clase de Seguros en vigor con Aseguradora Popular, S. A.: \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_  
 Forma de pago solicitada : \_\_\_\_\_ cuotas

CAMBIO DE VEHÍCULO:

EL VEHÍCULO QUE SE SOLICITA ASEGURAR SUSTITUIRÁ AL VEHÍCULO Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_  
 Placa No. : \_\_\_\_\_ Año de fabricación: \_\_\_\_\_ Asegurado bajo la Póliza N°: \_\_\_\_\_

## DECLARO Y ACEPTO

1. Que los datos anteriores son verdaderos, y convengo en que sirvan para la emisión de la póliza que estoy solicitando a Aseguradora Popular, S. A.
2. Que la Compañía tendrá derecho de rechazar o modificar mi solicitud, pero cualquiera que sea su decisión, me será comunicada por escrito oportunamente.
3. Que he pagado la suma de \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En calidad de anticipo; cantidad que no representará obligación a la Compañía en cuanto a la aceptación del seguro y que su responsabilidad estará de acuerdo con los términos del Recibo Provisional extendido por el Agente Vendedor Autorizado.

4. Que el vehículo que solicito asegurar no presenta daño material visible ni está en reparación, caso contrario, me comprometo a dar detalles al respecto.
5. Que el seguro solicitado entrará en vigencia en la fecha que sea aceptado por Aseguradora Popular, S. A., de lo cual recibiré una comunicación por escrito.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
F. Solicitante o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Vendedor Asesor

\_\_\_\_\_  
Número

\_\_\_\_\_  
F. Vendedor Asesor

## ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA COMPAÑÍA

Solicitud recibida el:

OBSERVACIONES DEL SUScriptor:

Enviada al Comité de Selección el:

RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE SELECCIÓN:

Aceptado:

Rechazado:

Fecha :

Comentarios de la resolución :

Firmas de los miembros del comité