



AUTOS

1. EXCLUSIVO PARA LA COMPAÑÍA

Póliza N°

2. DATOS GENERALES (Solicitante)

Nombre:

DUI: NIT/LIC.N°: Pasaporte N°/Nacionalidad:

Correo electrónico: Profesión/Giro del negocio:

N° de registro de IVA: Tel. celular: Tel. particular:

Dirección particular:

Dirección de cobro:

3. DATOS GENERALES (Propietario)

Nombre:

DUI: NIT/LIC.N°: Pasaporte N°/Nacionalidad:

Correo electrónico: Profesión/Giro del negocio:

N° de registro de IVA: Tel. celular: Tel. particular:

Dirección particular:

Dirección de cobro:

4. DATOS GENERALES (VEHÍCULO)

N° de placas: Capacidad toneladas: Marca: Clase: Modelo: Color:

Año: Versión: AMER AGENCIA Sistema de seguridad antirrobo: Si No Modelo de sistema de seguridad:

Uso: Particular: Comercial: Público: Transporte: Servicio: Especifique el uso del vehículo:

Conducirá el vehículo personas menores de 21 años de edad: Si No

5. INFORME DE INSPECCIÓN (SOBRE EL ESTADO GENERAL DEL VEHÍCULO)

IMPORTANTE:
La Aceptación del riesgo esta sujeta a la cumplimentación de este informe, se debe seleccionar al menos una opción de detalle de todos los estados generales del vehículo descritos a continuación.

OTRAS CARACTERÍSTICAS

N° de cilindros: Versión: Transmisión: Mecánica Automática 4X4 Kilometraje

ESTADO GENERAL

DETALLE

Pintura	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Descolorida	<input type="checkbox"/> Rayada
Carrocería exterior	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Corroída	<input type="checkbox"/> Golpeada
Chasis	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Golpeado	
Vidrios	<input type="checkbox"/> Buenos	<input type="checkbox"/> Polarizado	<input type="checkbox"/> Eléctricos
Retrovisores	<input type="checkbox"/> Buenos	<input type="checkbox"/> Manuales	<input type="checkbox"/> Eléctricos
Sun Roof	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Eléctrico
Faros	<input type="checkbox"/> Buenos	<input type="checkbox"/> Quebrados	
Vías	<input type="checkbox"/> Buenas	<input type="checkbox"/> Quebradas	
Emblemas (logos)	<input type="checkbox"/> Buenos	<input type="checkbox"/> Rayados	<input type="checkbox"/> Quebrados
Asientos	<input type="checkbox"/> Cuero	<input type="checkbox"/> Tela	<input type="checkbox"/> Vinil
Cerraduras y Bloqueo Volante	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Malo	
Aire Acondicionado	<input type="checkbox"/> De Fabrica	<input type="checkbox"/> Incorporado	
Antena	<input type="checkbox"/> Eléctrica	<input type="checkbox"/> Manual	
Llantas	<input type="checkbox"/> Buenas	<input type="checkbox"/> Regulares	<input type="checkbox"/> Lisas
Llanta de repuesto	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Dentro	<input type="checkbox"/> Fuera
Herramientas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dentro	<input type="checkbox"/> Fuera
Bolsas de Aire	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Buenas	<input type="checkbox"/> Malas
Funcionamiento de Luces	<input type="checkbox"/> Delanteras	<input type="checkbox"/> Retroceso	<input type="checkbox"/> Vias
	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Placas	<input type="checkbox"/> Cortesía
Equipo de sonido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> Marca	<input type="text"/> Modelo
Parlantes N°	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> Marca	<input type="text"/> Modelo



ACCESORIOS

Si el vehículo presenta accesorios y/o equipo especial, indicar:

- | | | |
|----|----------|----------------------|
| 1. | Valor \$ | <input type="text"/> |
| 2. | Valor \$ | <input type="text"/> |
| 3. | Valor \$ | <input type="text"/> |
| 4. | Valor \$ | <input type="text"/> |

6. DICTAMEN FINAL DE LA INSPECCIÓN

Observaciones: <input type="text"/>	Nombre inspector <input type="text"/>	1. Valor solicitado	\$	<input type="text"/>
Lugar de inspección: <input type="text"/>		2. Valor peritado	\$	<input type="text"/>
Fecha de inspección: <input type="text"/>	Firma <input type="text"/>	3. Valor accesorios	\$	<input type="text"/>
		Valor aprobado (Sumas de 2+3)	\$	<input type="text"/>

7. SOLICITUD DE CESIÓN DE BENEFICIO

Cedo los beneficios del **SEGURO** a favor de:

Hasta por la suma de:

Firma:

SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

8. CLAUSULA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El presente seguro se ha celebrado para el plazo establecido en las condiciones particulares de la póliza y a su vencimiento, se prorrogará automáticamente sin convenio expreso por periodos no superiores a un año, en cuyo caso no se necesitará de anexo de renovación. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación por escrito a la otra, efectuada con antelación no inferior a treinta días de la conclusión del período de este seguro.

Firma:

SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

9. 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 MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A.
2. Que la compañía tendrá el derecho absoluto de rechazar o modificar mi solicitud, pero cualquiera que sea su decisión, me será comunicada por escrito en un máximo de 15 días, contados a partir de la fecha en que esta haya recibido la documentación completa.
3. Que he pagado la suma de \$, en calidad de anticipo, cantidad que no representará obligación para la Compañía en cuanto a la aceptación del seguro.
4. Que el vehículo que solicito asegurar no representa daño material visible ni está en reparación, caso contrario me comprometo a dar detalles al respecto.
5. Que el seguro solicitado entrará en vigencia a la fecha que sea aceptado por MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A., de lo cual recibiré comunicación por escrito.
6. Las declaraciones del solicitante son determinadas para la aprobación de esta solicitud por parte de la Compañía.
7. Cualquier declaración omitida o que no sea verdadera liberará a la Compañía de sus obligaciones.
8. Que para tener derecho a indemnizaciones derivadas de esta póliza, la prima anual debe estar totalmente pagada.

Firma:

SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

10. DICTAMEN

Aceptado Rechazado Vigencia:

Otras condiciones y riesgos cubiertos:

Fecha: / /

Nombre y firma del suscriptor