



Compañía de Seguros, S.A.

Solicitud de Seguros de Automotores

1. DATOS DEL SOLICITANTE				
Nombre del Asegurado:		Teléfono:		Celular:
Dirección particular y dirección para envío de correspondencia:				
Ocupación:		N.I.T. :		
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Día	Mes	Año
Nombre de la empresa donde labora:		Tel.:		Correo:
Dirección de la empresa:				
Emitir cobros a nombre de:				

2. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE				
Utiliza el vehículo en su ocupación:		Sí	No	Uso que le da al vehículo:
Compañía con la que esta(n) o ha(n) estado asegurado(s) su(s) vehículos:				
Le han negado alguna vez un seguro de vehículo o prorroga:		Sí	No	Compañía que se lo negó:
¿Manejera el vehículo personas menores a 21 años de edad y/o de cualquier edad cuya licencia tiene menos de 1 año de haber sido extendida?				
		Sí	No	
Clases de seguros vigentes que tenga con ASSA Compañía de Seguros:				
No. Póliza (s):		El vehículo que solicita asegurar sustituirá al vehículo marca:		
No. Póliza:		No. Placa:	Año:	

3. DATOS DEL VEHICULO		
No. Placa:	Toneladas:	No. puertas:
Año:	Modelo:	Motor especial marca:
Marca:	No. Motor:	Combustible:
Color:	No. de chasis Grab:	Radio marca:
Clase:	No. de chasis Vin:	Versión americana:
Capacidad (No. asientos):	En calidad:	

DATOS PARTICULARES DE LOS CONDUCTORES DEL VEHICULO OBJETO DEL SEGURO				DATOS REFERENTES A LA LICENCIA				
Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Ocupación	No. Licencia	Clase	Extendida el	Refrendada el	Tiempo de manejar con

EL SOLICITANTE MANIFIESTA:

Haber recibido de ASSA Compañía de Seguros, S.A. la información completa, precisa, veraz, clara y oportuna que han determinado las características del seguro solicitado. Haber leído completamente y se me han explicado todas las obligaciones y condiciones estipuladas que contendrá el contrato de sus seguros y sus anexos a suscribir, a las cuales ambas partes nos comprometemos. En testimonio de lo cual, firmo la presente solicitud en _____ el día _____ del mes de _____ de _____. El seguro entrara en vigor al ser aceptada esta solicitud por ASSA Compañía de Seguros, S.A.; o si el solicitante lo prefiere a fecha futura, entrara en vigor a partir del _____ de _____ de _____ siendo el periodo por asegurar de un año.

Firma del Solicitante

Firma Agente: _____ Nombre: _____ N. de Agente SSF: _____