

**1. SOLICITANTE / PERSONA FÍSICA**

Nombre	1er Apellido	2do. Apellido
Profesión o actividad económica principal	C.I.	
Domicilio	Teléfono	
Dirección de cobro		
Correo electrónico	Celular	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
Se solicita vigencia por	Desde	Hasta

**2. SOLICITANTE / PERSONA JURÍDICA**

Razón social de la empresa	R.U.T.	
Denominación comercial (Nombre fantasía)		
Domicilio fiscal	Actividad económica	
Dirección de cobro	Teléfono	Fax
Correo electrónico	Celular	

**Datos personales correspondientes al representante que contrató la póliza** (Integrante del directorio o con poder de representación de la empresa)

Nombre	1er Apellido	2do. Apellido
Profesión o actividad económica principal:	C.I.	
Domicilio	Teléfono	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
Se solicita vigencia por	Desde	Hasta

**Nomina de Accionistas\*** \* Esta información deberá completarse para clientes con primas neta de impuestos mayores a U\$S 5.000

Nombre y apellido completo	Nº C.I. / Nº R.U.T.	Nacionalidad	% Accionario

**3. SU VEHÍCULO** (Adjuntar fotocopia de cédula de ident. Vehicular y comprobante de medidas de seguridad requeridas para dicho vehículo)

Matrícula	Nº chasis	Kmts
Nºmotor	Capacidad de carga	Padrón
Marca y modelo	Año de fabricación	Cilindrada cc
Tipo de vehículo	Nº de pasajeros	Combustible Nafta <input type="checkbox"/> Gasoil <input type="checkbox"/>
¿Importado bajo Ley Especial? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor C.I.F.	Ley Nº
¿Ha sido modificado de alguna mera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es propietario de otro vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ud. o se cónyugue utilizan regularmente otro vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Detallar	
¿Está su vehículo sin defectos, mantenido en buen estado y es chequeado regularmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Existe cesión de derechos o gravamen sobre el vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar	

**4. COBERTURA REQUERIDA**

Se solicita vigencia. Desde	Hasta	Area de uso
C. Total Plus <input type="checkbox"/>	C. Total <input type="checkbox"/>	C. Total c/ movilidad <input type="checkbox"/>
RC Incendio y Robo <input type="checkbox"/>	Contra terceros <input type="checkbox"/>	SOA <input type="checkbox"/>
		Pérdida Total <input type="checkbox"/>
		C. Standard <input type="checkbox"/>
		C. Standard c/ auxilio <input type="checkbox"/>
¿Desea voluntariamente duplicar el deducible standard de la póliza? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Si posee descuento o bonificación de un Asegurador anterior sírvase adjuntar el comprobante correspondiente.

## 5. DESTINO DEL VEHÍCULO (Indique el destino que se le dará al vehículo)

- a. ¿Transportará productos inflamables, corrosivos, explosivos o tóxicos?
- b. ¿Operará en zona peligrosas, como por ejemplo aeropuertos, plantas químicas o refinerías?
- c. ¿Transportará pasajeros a cuenta de una remuneración?
- d. ¿Será usado como flete para el transporte de mercaderías a cuenta de una remuneración?
- e. ¿Será alquilado a otras personas o Compañías?
- f. De ser respondido el punto anterior, ¿Estará el vehículo limitado a los empleados del Asegurado?
- g. Detalle el tipo de mercadería a ser transportada

## 6. CONDUCTORES PRINCIPALES

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Ocupación (incluyendo todas sus actividades laborales)	Antigüedad libreta	% uso

La póliza por Ud. contratada tiene el manejo libre para cualquier persona que cuente con licencia que lo habilite a conducir el vehículo asegurado, salvo estipulación en contrario que se establezca en la cotización del presente seguro y en las especificaciones del mismo, si así lo requiere el vehículo asegurado.

## 7. ANTECEDENTES

- ¿Han tenido algún accidente o reclamo en los últimos 5 años?\*
- ¿Han sido procesados por algún delito relacionado con un accidente de tránsito en los últimos 5 años?\*
- ¿Les han suspendido la licencia de conducir en algún momento?\*
- ¿Alguna vez su seguro fue declinado, cancelado o le fueron aplicados términos especiales?\*
- ¿Tiene alguna discapacidad o prescripción médica que pudiera afectar el manejo correcto del vehículo?\*

\*Detallar

## 8. FORMA DE PAGO - LOCALES HABILITADOS DE LA RED DE COBRANZAS

Moneda  
U\$S  \$U  Contado  2 cuotas  3 cuotas  4 cuotas  6 cuotas  8 cuotas  10 cuotas

## 9. CUPONES DE PAGO

Recibir los Cupones de Pago sin costo por correo electrónico al correo electrónico declarado en esta solicitud

Las falsas declaraciones y la retención imputable a dolo o mera negligencia en que incurra el Asegurado al formular la solicitud o durante la vigencia de la póliza, que induzcan a error al Asegurador sobre la calificación o determinación de los riesgos, hacen nulo el seguro, perdiéndose el derecho a la indemnización y quedando las primas a beneficio de la Compañía.

Yo declaro de acuerdo a mi leal saber y entender, que las afirmaciones hechas por mí y en mi nombre son verdaderas y completas, y que no he retenido ninguna información esencial con respecto a esta solicitud. Si esta solicitud no ha sido completada personalmente, declaro que he leído esta solicitud ya completada y que acepto toda responsabilidad por la información brindada. Asumo que el vehículo será mantenido en buen estado de conservación. Estoy de acuerdo en que esta Solicitud y Declaración deben ser incorporadas en el contrato entre mi persona y Seguros SURA, y estoy de acuerdo en estar obligado por los términos de la póliza.

Firma solicitante

Aclaración

R.U.T. y/o C.I.

Firma Corredor

Aclaración

Nº Corredor