

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"/>	C. Standard <input type="checkbox"/>	C. Standard c/ auxilio <input type="checkbox"/>
RC Incendio y Robo <input type="checkbox"/>	Contra terceros <input type="checkbox"/>	SOA <input type="checkbox"/>	Pérdida Total <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