

## SOLICITUD - RAMO DE SEGURO PARA AUTOMOVIL

### DATOS PERSONALES:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Materno	Apellido Paterno	Apellido de Casada
Fecha de Nacimiento: <input type="text"/>	Lugar de Nacimiento: <input type="text"/>			
Sexo: <input type="text"/>	Estado Civil: <input type="text"/>	Dependientes / Hijos: <input type="text"/>		
Profesión, oficio y operación: <input type="text"/>				
Nº Cédula / Nº. Pasaporte: <input type="text"/>	Nacionalidad / País: <input type="text"/>	Residencia/País: <input type="text"/>		
Dirección Residencial: <input type="text"/>				
Dirección Postal: <input type="text"/>	Correo Electrónico: <input type="text"/>			
Tel. Residencia: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>		

### DATOS OCUPACIONALES:

Lugar de Trabajo: <input type="text"/>	Dirección: <input type="text"/>			
Dirección Postal: <input type="text"/>	Correo electrónico: <input type="text"/>			
Teléfono Residencia: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>		
Ocupación: <input type="text"/>	Años de esta ocupación: <input type="text"/>			
A que se dedica la empresa: <input type="text"/>	Website / e-mail: <input type="text"/>			

### DATOS OCUPACIONALES:

Conductor Nº1: <input type="text"/>	Cédula: <input type="text"/>
Conductor Nº2: <input type="text"/>	Cédula: <input type="text"/>
Conductor Nº3: <input type="text"/>	Cédula: <input type="text"/>

Acreedor:  Nº:

Cooperativa Afiliada: Socio Nº:

**VIGENCIA:** Desde:  Hasta:  12:00 NN

### DESCRIPCIÓN DEL AUTO:

Uni.	Año	Marca/Modelo	Uso	Cap.	Valor	Motor	Serie/vin.	Placa
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COBERTURAS	LIMITE	DEDUCIBLE	PRIMA
A. L. Corporales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. D. a la Propiedad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Gastos Médicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Comprensivos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Colisión o Vuelco	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Incendio/ Rayo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G. Hurto / Robo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Acc./Pers. Asiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prima B/.	<input type="text"/>
Desc. %	<input type="text"/>
Sub-Total B/.	<input type="text"/>
6% Imp.	<input type="text"/>
<b>TOTAL B/.</b>	<input type="text"/>

#### Forma de Pago

### Documentos Adjuntos a la Solicitud:

1. Copia de Licencia .....     2. Copia de Registro Vehicular .....     3. Copia del Revisado .....   
 4. Copia de Licencia de Conductores     5. Copia de Certificado de Operaciones..     6. Otros .....

### Datos del Corredor de Seguros:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Apellido	Nº. de Cédula	Nº. de Licencia
Teléfono: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>	celular: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/>

Declaro que toda la información aquí expresadas son veraces y prueba de la existencia del bien, objeto del Seguro contratado. Por este medio autorizo expresamente y de manera irrevocable a Seguros Fedpa S.A. y sus agentes para consultar, dar, actualizar y solicitar información sobre mi historial de crédito personal y/o de la empresa a la cual represento, en caso de Falta de Pago de este compromiso adquirido, lo cual es convenido y aceptado por el asegurado.

Asegurado:  Representante Autorizado: