

## SOLICITUD PARA SEGURO de AUTOMÓVIL

### DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Naturaleza del Asegurado:  PERSONA NATURAL  PERSONA JURIDICA

Contrata la Póliza por ser:  Propietario  Acreedor  Beneficiario  Arrendatario  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad No: \_\_\_\_\_ Nacionalidad (Si Aplica): \_\_\_\_\_

Tipo de Doc. de Identidad:  Cédula  Pasaporte  Cédula Residente  RUC  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre completo del Representante Legal (Si Aplica): \_\_\_\_\_

Número del Doc. de Identidad del Representante Legal (Si Aplica): \_\_\_\_\_

Sexo (Si Aplica):  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento (Si Aplica): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estado Civil (Si Aplica):  Soltero(a)  Casado(a)  Unión Libre  Otro: Profesión/Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Dirección de Cobro: \_\_\_\_\_

Teléfono Domiciliar: \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### DATOS SOBRE LA POLIZA A CONTRATAR

Emitir Póliza a Nombre de: \_\_\_\_\_

Vigencia de la Póliza Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Moneda de la Póliza: \_\_\_\_\_

Con Cesión de Derecho:  SI  NO Monto de la Cesión: \_\_\_\_\_ Moneda de la Cesión: \_\_\_\_\_

Nombre del Cesionario o Acreedor: \_\_\_\_\_

Forma de Pago de la Prima:  Al Contado  En Cuotas No. de Cuotas: \_\_\_\_\_

Tiempo de poseer licencia de conducir? ..... Se la han suspendido, rechazado o cancelado la licencia de conducir? (detallar).....

Profesión:..... Relación con el contratante: .....

**DESCRIPCION DEL VEHICULO**

Marca: ..... Tipo: ..... Año: ..... N° de Pasajeros: ..... Tonelaje: .....  
 N° de cilindros: ..... Modelo: ..... Motor N°: .....  
 Chasis N°: ..... Color: ..... Placa N°: .....  
 N° de Velocidades: ..... Automático: ..... Mecánico: ..... Sistema Eléctrico: ..... Combustible: ..... Kilometraje: .....  
 Loderas: ..... Radio: ..... Cassette: ..... CD Player Marca: ..... Aire Acondicionado: .....  
 Pescantes: ..... Focos halógenos: ..... Descansanucas: ..... Tweeters: ..... Spoiler: ..... Mataburro: ..... Canastera: .....  
 Bolsa de Aire: ..... Forro Tina: ..... Gancho remolque: ..... Alarma: ..... Mul-T-Lock: ..... Vidrios: Planos: .....  
 Curvos: ..... Tintados: ..... Polarizados: ..... Nuevo: ..... Usado: ..... El uso es: ..... Rent a Car: ..... Turismo: .....  
 ¿Permanece por la noche en garaje cerrado y techado totalmente? Si ( ) No ( )

**COBERTURAS SOLICITADAS**

COBERTURAS

SUMAS MÁXIMAS SOLICITADAS

PRIMAS

<b>4.1</b> Colisiones y Vuelcos Accidentales, Incendio Accidental, Auto ignición, Rayo y Explosión	.....	.....
<b>4.2</b> Robo total y/o robo parcial a consecuencia de robo total	.....	.....
<b>4.3</b> Tumultos Populares, Huelgas o Disturbios Laborales	.....	.....
<b>4.4</b> Catástrofe y otros Riesgos de la Naturaleza	.....	.....
<b>4.5</b> Rotura de Vidrios	.....	.....
<b>4.6</b> Pérdida Total Solamente	.....	.....
<b>4.7</b> Robo de Equipo Especial	.....	.....
<b>4.8</b> Extensión Territorial	.....	.....
<b>4.9 Responsabilidad Civil por Daños a Terceros (Conforme Ley 431 y sus reformas)</b>	.....	.....
<b>4.9.1</b> Muerte o lesiones a una persona	.....	.....
<b>4.9.1</b> Muerte o lesiones a dos o más personas	.....	.....
<b>4.9.2</b> Daños a la propiedad ajena	.....	.....
<b>4.9 Responsabilidad Civil por Daños a Terceros (Exceso)</b>	.....	.....
<b>4.9.1</b> Muerte o lesiones a una persona	.....	.....
<b>4.9.1</b> Muerte o lesiones a dos o más personas	.....	.....
<b>4.9.2</b> Daños a la propiedad ajena	.....	.....
<b>4.10</b> Responsabilidad Civil de Ocupantes	.....	.....
<b>4.11</b> Gastos Médicos para los ocupantes	.....	.....
❖ Adenda Mundial: Si No	.....	.....
Indicar Nombre Conductor Habitual	.....	.....
Indicar Nombre del Beneficiario	.....	.....

**Aclaración: Las coberturas adicionales desde la 4.6 a la 4.10 se incluyen a opción del cliente y están sujetas a cobro de prima adicional. En caso de otorgarse la cobertura 4.6, queda entendido y convenido que las coberturas desde la 4.1 a la 4.5 quedan excluidas.**

DEDUCIBLES:

Cobertura 4.1 a la 4.4: .....  
 Cobertura 4.5: .....  
 Cobertura 4.6 a la 4.8: .....  
 Cobertura 4.9 a la 4.11: Excluido

PRIMA

Derecho de Emisión .....  
 IVA .....  
**TOTAL A PAGAR** .....

COASEGURO

Cobertura 4.1, 4.3, 4.4 y 4.6: .....  
 Cobertura 4.2, 4.7 y 4.8: .....

### CONSENTIMIENTOS:

¿Desea Usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiere de este contrato? ( ) SI ( ) NO  
¿Desea usted que le enviemos su póliza a su correo electrónico? ( ) SI ( ) NO

### COBERTURA DE MENOR DE EDAD

EL VEHICULO SERA CONDUCIDO POR UN MENOR DE EDAD: ( ) SI ( ) NO

### DATOS ADICIONALES

**FIJACIÓN DEL VALOR A ASEGURAR:** Valor real actual incluyendo los accesorios abajo señalados.

**ACCESORIOS ESPECIALES**, adicionales a los originales (con sus valores) .....

Tiene usted Contratado otro seguro con MAPFRE|Seguros Nicaragua S.A.? Si:.....No: .....

Ha asegurado anteriormente este mismo vehículo? Si:.....No: .....

En qué compañía? .....

Ha sufrido anteriormente siniestro/perdida? Si:..... No: ..... Cuándo? .....

Cuál fue la causa? .....

**Nota:** El perfil del cliente forma parte integrante de la solicitud, por lo que deberá ser completado y firmado por el solicitante. \_\_\_\_\_

Por la presentes solicito la emisión de un Seguro de Automóvil en el Texto de la póliza usada por la Compañía; así mismo declaro y convengo en que todas las respuestas y declaraciones anteriores son completas y verdaderas y forman la base sobre la cual se regirá la Compañía para emitir la póliza que solicito y que cualquier declaración falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. La póliza entrará en vigor hasta que la Compañía haya dado por aceptada la solicitud en forma escrita, haya expedido la póliza y recibido el pago de la prima correspondiente en los términos convenidos, teniendo como vigencia la señalada en la respectiva póliza. Confirmando haber sido informado de forma clara, completa y oportuna de los alcances de este seguro y que dispongo de la libertad de solicitar cualquier aclaración en el momento que así lo requiera. Así como de recibir una atención ágil y oportuna de cualquier reclamación amparada por esta póliza.

FIRMADO  
EN:

EN  
FECHA:

CIUDAD

PAIS

DIA

MES

AÑO

FIRMA Y SELLO DEL  
SOLICITANTE

NOMBRE DEL INTERMEDIARIO

FIRMA Y SELLO DEL  
INTERMEDIARIO

### INSPECCIÓN DEL VEHÍCULO

Por la presente certifico que inspeccioné el vehículo aquí descrito en la ciudad de .....el día .....  
.....de.....de 20....., a la hora: ..... demostrado por.....  
constatando que el Número de Chasis es:.....y el  
Número de Motor es:.....que el Equipo de Sonido y/o Radio Cassetera es  
Marca:.....y tiene ..... parlantes delanteros y ..... parlantes traseros.  
Además, se encontró lo siguiente:.....

## Consentimiento para el manejo de datos:

De conformidad con lo establecido en el art. 9 de la ley 787, Ley de Protección de datos personales, se autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a MAPFRE Seguros Nicaragua S.A. y/o cualquiera de las sociedades donde ésta tenga participación directa o indirecta como accionista (MAPFRE). La finalidad de esta autorización es la prestación de servicios derivados del propio contrato, estudios estadísticos, la lucha contra el fraude y la prevención de lavado de activos.

Se autoriza, además, que los datos puedan ser cedidos, exclusivamente, para las finalidades indicadas anteriormente a otras entidades del Sistema MAPFRE. Tal cesión podrá consistir en una transferencia de datos a otras personas físicas o jurídicas con las que las distintas entidades del Sistema concluyan acuerdos de colaboración y/o prestación de servicios, tanto a nivel local o internacional. Se exigirá en tales acuerdos el cumplimiento de los estándares de seguridad requeridos por la legislación nicaragüense. Esta autorización tendrá vigencia incluso una vez extinguida la relación contractual existente, respetando en todos los casos la legislación nicaragüense sobre protección de datos personales y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Los referidos datos se recogen confidencialmente en el Centro de Procesamiento de Datos MAPFRE domiciliado en Miami, quienes asumen la adopción de las medidas de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido por el art. 11 de la Ley 787.

El titular de los datos podrá ejercer todos los derechos que le confiere la Ley 787 referente a la rectificación, actualización, supresión, retiro o bloqueo total o parcial de sus datos, una vez recibida comunicación fehaciente del deseo del titular de ejercer dichos derechos.

Estos derechos podrán efectivizarse a través de comunicación fehaciente dirigida a MAPFRE Seguros Nicaragua, S.A. con dirección Edificio Invercasa 1er Piso, frente al Colegio La salle.

Si desea recibir información sobre productos y servicios de las distintas entidades del Sistema MAPFRE, marque aquí por favor.

## FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

### DEBITO AUTOMÁTICO

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a debitar de mi tarjeta de crédito:



Casa emisora: \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento  Moneda: U\$  C\$

No. de Póliza: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Cedula: \_\_\_\_\_

Nombre del Agente o Subagente: \_\_\_\_\_ Correduría: \_\_\_\_\_

Para pagar la póliza arriba descrita contratada con MAPFRE SEGUROS NICARAGUA, a nombre de: \_\_\_\_\_

Pago Inicial U\$ \_\_\_\_\_ C\$ \_\_\_\_\_ Valor de la Cuota U\$ \_\_\_\_\_ C\$ \_\_\_\_\_ Forma de Pago: \_\_\_\_\_ No. de Cuotas: \_\_\_\_\_

\*También autorizo se debite todo movimiento de la póliza (inclusiones, aumentos, renovaciones, etc).

\*En caso de reposición, cambio o pérdida de tarjeta, autorizo se hagan los cargos correspondientes en mi nueva tarjeta.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para realizar pago en cuenta bancaria:**

BANPRO CTA. NO. 10010405685211 CÓRDOBAS  
BANPRO CTA. NO. 10010415685194 DÓLARES  
BAC CTA NO. 00154562 CÓRDOBAS  
BAC CTA. NO. 001084836 DÓLARES

**En caso de realizar depósito bancario,  
favor hacer referencia al No. de Póliza**