

SOLICITUD PARA SEGURO DE AUTOMOVIL- "AUTO 5-10"

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: _____

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: Combustible:
 Kilometraje: Loderas: Radio: Bluetooth: CD Player Marca: USB: Aire Acondicionado:
 Pescantes: Focos halógenos: Descansanucas: Tweeters: Spoiler: Mataburro: Canastera:
 Bolsa de Aire: Forro Tina: Gancho remolque: Alarma: Mul-T-Lock: Vidrios: Planos:
 Curvos Polarizados: Vehículo Nuevo: Vehículo Usado: El uso es: Privado () Comercial ()
 Particular () Servicio: Publico () Privado () Rent a Car: Turismo: ¿Permanece por la noche en garaje
 cerrado y techado totalmente? Si () No ()

COBERTURAS SOLICITADAS

<u>COBERTURAS</u>	<u>SUMAS MÁXIMAS SOLICITADAS</u>	<u>PRIMAS</u>
4.1 Colisiones y Vuelcos Accidentales, Incendio Accidental, Auto ignición, Rayo y Explosión	.....	.....
4.2 Robo total y/o robo parcial a consecuencia de robo total	.....	.....
4.3 Tumultos Populares, Huelgas o Disturbios Laborales	.....	.....
4.4 Catástrofe y otros Riesgos de la Naturaleza	.....	.....
4.5 Rotura de Vidrios	.....	.....
4.6 Pérdida Total Solamente	.....	.....
4.7 Robo de Equipo Especial	.....	.....
4.8 Extensión Territorial	.....	.....
4.9 Responsabilidad Civil por Daños a Terceros (Conforme Ley 431 y sus reformas)		
4.9.1 Muerte o lesiones a una persona	\$2,500.00	.....
4.9.1 Muerte o lesiones a dos o más personas	\$5,000.00	.....
4.9.2 Daños a la propiedad ajena	\$2,500.00	.....
4.9 Responsabilidad Civil por Daños a Terceros (Exceso)		
4.9.1 Muerte o lesiones a una persona	.....	.....
4.9.1 Muerte o lesiones a dos o más personas	.....	.....
4.9.2 Daños a la propiedad ajena	.....	.....
4.10 Responsabilidad Civil de Ocupantes	.....	.....
4.11 Gastos Médicos para los ocupantes	.....	.....

Aclaración: Las coberturas adicionales desde la 4.7 a la 4.11 se incluyen a opción del cliente y están sujetas a cobro de prima adicional. Cuando se otorgue la cobertura 4.6 las coberturas de la 4.1 a la 4.5 quedan sin efecto. Dicha cobertura se otorga de forma independiente y se pueden incluir las coberturas adicionales de la 4.7 a la 4.11.

DEDUCIBLES:

Cobertura 4.1 a la 4.4:
 Cobertura 4.5:
 Cobertura 4.6:
 Cobertura 4.7 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:
 Cobertura 4.6

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

DATOS ADICIONALES

FIJACION 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 su vehículo? 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.

INSPECCIÓN DEL VEHÍCULO

Por la presente certifico que inspeccioné el vehículo aquí descrito en la ciudad deel día

.....de.....de 20....., a la hora: Persona responsable del vehículo al momento de la Inspección

..... constatando que el Número de Chasis es:.....

y el Número de Motor es:..... que el Radio es Marca:

y tieneparlantes delanteros yparlantes traseros.

Además, se encontró lo siguiente:.....

Coberturas recomendadas:

Firma y nombre del Inspector.....

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.

DEBITO AUTOMÁTICO SI NO

Yo _____ autorizo a debitar de mi tarjeta de crédito:



Casa emisora: _____

No. _____ Fecha de Vencimiento: _____

Moneda: U\$ C\$ No. de Póliza: _____

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

Pago Inicial _____ Valor de la Cuota _____ Forma de Pago: _____ No. de Cuotas: _____

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**

AUTORIZACIÓN

Por la presente solicito la emisión de un Seguro de Automóvil-AUTO 5-10 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. También autorizo el consentimiento para el manejo de mis datos personales, según el acápite correspondiente.

Asimismo autorizo que la Póliza de Seguro en caso de haber marcado **SI** en el acápite correspondiente al débito, sea cancelada a través de débito automático, también autorizo se debite todo movimiento de la póliza (inclusiones, aumentos, renovaciones, etc), y en caso de reposición, cambio o pérdida de tarjeta autorizo se hagan los cargos correspondientes en mi nueva tarjeta.

FIRMADO EN _____, _____ EN FECHA _____
CIUDAD PAÍS DÍA MES AÑO

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE NOMBRE DE LA CORREDURÍA/ SUB AGENTE FIRMA Y SELLO DEL INTERMEDIARIO