

**SEGURO DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES
COTIZACIÓN / SOLICITUD DE SEGURO**

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

DATOS GENERALES

Primer Nombre / Razón Social		Segundo Nombre / Nombre Comercial		Otro Nombre
Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido de Casada
Nacionalidad	Tipo de Identificación (DPI / Pasaporte)		Número de Identificación	
Tipo de Persona	Fecha de Nacimiento / Fecha de constitución		Profesión / Actividad económica	
NIT	No. Teléfono Fijo	No. Teléfono Móvil	Correo electrónico / E-mail	
Dirección del Solicitante		Zona	Departamento	Municipio

SI ES PERSONA JURÍDICA: DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Primer Nombre		Segundo Nombre		Otro Nombre
Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido de Casada
NIT	Tipo de Identificación (DPI / Pasaporte)		Número de Identificación	
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento		Profesión u Oficio	
No. Teléfono	No. de Móvil		Correo electrónico	

OTROS DATOS DEL SOLICITANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

¿Es persona políticamente expuesta?	¿Tiene parentesco con alguna persona políticamente expuesta?	¿Es asociado cercano a una persona políticamente expuesta?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América?	¿Posee documento de identidad Green Card?	¿Es contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DATOS DE FACTURACIÓN

Dirección Fiscal:	NIT	No. Teléfono
-------------------	-----	--------------

REFERENCIAS PERSONALES Y/O COMERCIALES

Nombre	Teléfonos	Parentesco / Relación

II. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Tipo de Vehículo	Marca	Línea / Estilo	Año	Uso
No. de Motor	No. de Chasis / VIN	Placa	Cilindraje	Tonelaje
Color	No. de Asientos	Centímetros Cúbicos (CC)		

LOS DATOS PUEDEN SER SOLICITADOS AL ASOCIADO O BIEN SE PUEDEN CONSULTAR EN EL SISTEMA.

SOLICITAR AL ASOCIADO ESTA INFORMACION.

SOLICITAR AL ASOCIADO 3 REFERENCIAS O COLOCAR LAS DEL SISTEMA.

COLOCAR LOS DATOS DE LA TARJETA DE CIRCULACION.

III. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

VIGENCIA DEL SEGURO:

Del:

Al:

Nota: El seguro comienza y termina respectivamente a las doce horas (mediodía) en las fechas aquí indicadas.
Valores expresados en Quetzales

SECCIÓN I – Daños propios		Suma Asegurada	Deducible	Prima	Desc. / Recargos	Prima Neta
Colisión y/o vuelco accidental						
Robo Total						
Otros riesgos específicos						
Robo de partes y piezas						
Equipo especial						
Rotura de cristales						
SECCIÓN II – Responsabilidad Civil		Suma Asegurada		Prima	Desc. / Recargos	Prima Neta
Daños físicos y materiales						
SECCIÓN III – Lesiones a ocupantes del vehículo asegurado		Suma asegurada por persona	Suma asegurada por accidente	Prima	Desc. / Recargos	Prima Neta
Límite gastos de curación						
Límite de muerte accidental o invalidez por persona						
Límite de muerte del conductor del vehículo asegurado						
OTRAS COBERTURAS				Prima	Desc. / Recargos	Prima Neta
Cobertura para conductores menores de 18 años						
Restitución automática de la suma asegurada						

Cotización No. _____

Forma de Pago ☐ Contado ☐ Cargo Tarjeta de Crédito ☐ Débito a cuenta

☐ Cuotas mensuales consecutivas: _____ cuotas de: Q. _____ c/u

PRIMA NETA TOTAL

Gastos de Emisión

Gastos de Fraccionamiento

I.V.A.

TOTAL

LLENARLO SEGÚN
COTIZACIÓN DEL
VEHÍCULO.

La presente Cotización/Solicitud de Seguro tiene validez de 15 días calendario, contados a partir de la fecha de la misma.

IV. USOS DEL VEHÍCULO Y OTRAS INFORMACIONES IMPORTANTES

- 1) Uso del vehículo: Particular ☐ Comercial ☐ Otros, especifique: _____
- 2) ¿Además del solicitante, manejan otras personas? No ☐ Sí ☐ quienes: _____
- 3) Manejan ocasionalmente menores de: 18 años ☐ 21 años ☐ No manejan menores a esas edades ☐
- 4) ¿Tarjeta de circulación está a nombre del solicitante? Sí ☐ No ☐
(favor de adjuntar a la Cotización/Solicitud de Seguro una fotocopia clara de la tarjeta de circulación del vehículo)
- 5) Fecha de compra del vehículo ____/____/____ Nombre del vendedor: _____
Nuevo ☐ Usado ☐ Precio de compra: Q. _____ ¿Es de agencia? Sí ☐ No ☐
¿Se requiere Garantía Prendaria? No ☐ Sí ☐ a favor de: _____
- 6) Beneficiario(s) en caso de muerte del solicitante: _____

UBER, TAXI Y TODO
VEHÍCULO QUE SE USE DE
MANERA COMERCIAL
MARCAR EN EL CUADRITO Y
ESPECIFICAR.

SOLICITAR AL
ASOCIADO ESTA
INFORMACIÓN.

V. INFORMACIÓN DE INSPECCIÓN									
(Adjuntar fotografías que muestren claramente los cuatro lados del vehículo asegurado)									
Odómetro:	Kilometraje <input type="checkbox"/>	Millas <input type="checkbox"/>			Alfombras Interiores:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Motor:	Gasolina <input type="checkbox"/>	Diesel <input type="checkbox"/>			Stop adicional:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Vidrios:	Manuales <input type="checkbox"/>	Eléctricos <input type="checkbox"/>			Parabrisas trasero:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mal estado <input type="checkbox"/>	
Cerraduras:	Manuales <input type="checkbox"/>	Eléctricos <input type="checkbox"/>			Parrilla original:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Adaptada <input type="checkbox"/>	
Retrovisores:	Manuales <input type="checkbox"/>	Eléctricos <input type="checkbox"/>			Neblineras:	Originales <input type="checkbox"/>	Adaptada <input type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>	
Dirección:	Mecánica <input type="checkbox"/>	Hidráulica <input type="checkbox"/>			Sensores:	Originales <input type="checkbox"/>	Adaptada <input type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>	
Transmisión:	Mecánica <input type="checkbox"/>	Automática <input type="checkbox"/>	Tiptronic <input type="checkbox"/>		Sun Roof:	Manual <input type="checkbox"/>	Eléctrico <input type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>	
Aire Acondicionado:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mal estado <input type="checkbox"/>		Llanta repuesto:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mal estado <input type="checkbox"/>	
Cinturones:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mal estado <input type="checkbox"/>		Tricket	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mal estado <input type="checkbox"/>	
Bolsa de aire:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Estallada <input type="checkbox"/>		Llave de pernos:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mal estado <input type="checkbox"/>	
Tapicería:	Tela <input type="checkbox"/>	Cuero <input type="checkbox"/>	Sintética <input type="checkbox"/>		Marca de Batería:				
Alarma:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			Medidas llantas:	I	RIN:	Desgaste:	%
GPS:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			Otros:				

VI. DESPERFECTOS Y/O DAÑOS VISIBLES (Si hay daños describir y tomar fotografías)				
Daño	Sí	No	Especifique	
Interior				Carrocería
Tablero				Pintura
Vidrios				Llantas
Cerraduras				Observaciones:
Tapicería				

VII. INFORMACIÓN DE EQUIPO ESPECIAL				
Radio AM/FM	Cassette <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>	CD/DVD	MP3 <input type="checkbox"/>
Marca y Serie:				
Caja de CD'S	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>		
Pantallas o DVD	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>		
Amplificador	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>		
Bocinas	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>		
Descripción de Bocinas:				
Marca:	Watts:			

CONFORME A LAS FOTOS DE LA INSPECCION DEL VEHICULO.

OBSERVACIONES

Columna, Compañía de Seguros, S. A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. La tramitación de esta Cotización/Solicitud de Seguro no implica la aceptación del riesgo por parte de La Compañía.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de esta Solicitud de Seguro son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta Solicitud de Seguro, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro. Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud de Seguro, autorizo a La Compañía para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación. Así mismo, autorizo a Columna, Compañía de Seguros, S.A., para que pueda verificar, confirmar y compartir mi información personal y financiera con el IRS (International Revenue Service) de Estados Unidos de América, contenida en los registros de La Compañía.

Lugar y fecha:

Solicitante

FIRMA DEL SOLICITANTE

Intermediario de Seguro:

Nombre:	Código:	Firma:
---------	---------	--------

NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DEL COLABORADOR QUE COLOCO EL SEGURO

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 388-2017 del 10 de abril de 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

NOTA: TOMAR ENCUESTA QUE TODO LO RESALTADO CON AMARILLO ES NECESARIO LLENARLO CON LOS DATOS QUE SE LE SOLICITA.

CUALQUIER DUDA SOBRE COMO LLENAR EL FORMULARIO FAVOR DE COMUNICARSE AL AREA DE SEGUROS SERA UN GUSTO PODER AYUDARLE.