

**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				
		NIT		No. Teléfono
Dirección Fiscal:				
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)	

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					
<b>SECCIÓN I – Daños propios</b>		<b>Suma Asegurada</b>	<b>Deducible</b>	<b>Prima</b>	<b>Desc. / Recargos</b>
Colisión y/o vuelco accidental					
Robo Total					
Otros riesgos específicos					
Robo de partes y piezas					
Equipo especial					
Rotura de cristales					
<b>SECCIÓN II – Responsabilidad Civil</b>		<b>Suma Asegurada</b>	<b>Prima</b>	<b>Desc. / Recargos</b>	<b>Prima Neta</b>
Daños físicos y materiales					
<b>SECCION III – Lesiones a ocupantes del vehículo asegurado</b>		<b>Suma asegurada por persona</b>	<b>Suma asegurada por accidente</b>	<b>Prima</b>	<b>Desc. / Recargos</b>
Límite gastos de curación					
Límite de muerte accidental o invalidez por persona					
Límite de muerte del conductor del vehículo asegurado					
<b>OTRAS COBERTURAS</b>				<b>Prima</b>	<b>Desc. / Recargos</b>
Cobertura para conductores menores de 18 años					
Restitución automática de la suma asegurada					
Cotización No. _____				<b>PRIMA NETA TOTAL</b>	
Forma de Pago <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Cargo Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Débito a cuenta				<b>Gastos de Emisión</b>	
<input type="checkbox"/> Cuotas mensuales consecutivas: _____ cuotas de: Q. _____ c/u				<b>Gastos de Fraccionamiento</b>	
				<b>I.V.A.</b>	
				<b>TOTAL</b>	

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 <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	
2) ¿Además del solicitante, manejan otras personas? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> quienes: _____	
3) Manejan ocasionalmente menores de: 18 años <input type="checkbox"/> 21 años <input type="checkbox"/> No manejan menores a esas edades <input type="checkbox"/>	
4) ¿Tarjeta de circulación está a nombre del solicitante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> Usado <input type="checkbox"/> Precio de compra: Q. _____ ¿Es de agencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Se requiere Garantía Prendaria? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> a favor de: _____	
6) Beneficiario(s) en caso de muerte del solicitante: _____	

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:	/	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	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 <input type="checkbox"/>	MP3 <input type="checkbox"/>	Ecualizadores	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>		
Marca y Serie:					Woofers	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>		
Caja de CD'S	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>			Tweeters	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>		
Pantallas o DVD	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>			Aros	Cromados <input type="checkbox"/>	Magnesio <input type="checkbox"/>	Genéricos <input type="checkbox"/>	
Amplificador	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>			Cola de pato	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Original <input type="checkbox"/>	Adaptada <input type="checkbox"/>
Bocinas	Sí <input type="checkbox"/>	No trae <input type="checkbox"/>			Otro equipamiento especial:				
Descripción de Bocinas:									
Marca:	Watts:								

#### 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

Intermediario de Seguro:

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

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.