

Solicitud para Seguro de Automóviles

DATOS DEL AGENTE

Nombre de Agente: _____ Código: _____

Agencia a que pertenece: _____ Póliza: _____ Cert. _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado _____ NIT: _____ Teléfono: _____

Responsable de Pago: _____ NIT: _____ Teléfono: _____

Dirección Fiscal: _____ E-mail: _____

Dirección de Cobro: _____

VIGENCIA DEL SEGURO

Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

De 12:00hrs a 12:00hrs

De 0 hrs a 24:00hrs

No. Inspección CertiAuto: _____

DESCRIPCION DEL VEHICULO

| Marca | Línea o Estilo | Año / Modelo |
|---------------|------------------|--------------|
| | | |
| No. De Chasis | No. De Motor | Color |
| | | |
| Tipo | No. De pasajeros | Placa |
| | | |

FORMA DE PAGOS

No. De Pagos: _____ Prima Mensual: _____ Cotización No. _____

Queda entendido y convenido que: Seguros G&T, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de esta solicitud son completas, verídicas, a juicio y conocimiento del solicitante. La omisión y/o falsa declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

FIRMAS

Agente

Asegurado / Responsable

Información General: La recepción de esta solicitud no implica responsabilidad de la compañía, hasta no ser aceptada por una persona autorizada.

Firmada en:
Guatemala el ___ de _____ de ___

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ del _____ de _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.