

SOLICITUD DE SEGURO MI AUTO

Fecha de solicitud | Vigencia de la póliza Desde | Hasta

Tipo de NCF
 Crédito fiscal Consumo Gubernamental Régimen especial

DATOS GENERALES

En caso de ser persona física, favor completar

Nombre completo | Apellido de casada (si aplica)

No. documento identificación | Tipo de documento | Fecha nacimiento
 Cédula Pasaporte

Sexo | Nacionalidad
 Femenino Masculino Dominicano (a) Otro (indique)

Estado civil
 Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Unión libre

Hijos | Nivel académico
 Primaria Secundaria Universitario Postgrado Maestría

Dirección calle / avenida | Número | Edificio o plaza

Sector | Ciudad / municipio

Tipo de vivienda | Teléfono casa | Oficina | Celular
 Propia Alquilada Otra (especifique)

Correo electrónico

En caso de ser persona jurídica, favor completar

Nombre de la empresa | Tipo de entidad
 Pública Privada

Dirección calle / avenida | Número | Edificio o plaza

Sector | Ciudad / municipio

Nombre del representante legal | Fecha de constitución | RNC

Teléfono casa | Oficina | Celular | Correo electrónico

Sector económico al que pertenece | Actividad comercial
 Comercial Industrial Financiero Servicio

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre del conductor

No. documento identificación | Tipo de documento
 Cédula Pasaporte

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Vehículo No. 1

Marca	Modelo	Submodelo	Tipo
Placa	Chasis	Combustible	Año
Valor	Uso	Color	Es exonerado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Matrícula	Cantidad de pasajeros	Cilindros / toneladas	Moneda <input type="radio"/> RD\$ <input type="radio"/> US\$

Vehículo No. 2

Marca	Modelo	Submodelo	Tipo
Placa	Chasis	Combustible	Año
Valor	Uso	Color	Es exonerado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Matrícula	Cantidad de pasajeros	Cilindros / toneladas	Moneda <input type="radio"/> RD\$ <input type="radio"/> US\$

Nota: En caso de tener información de más de dos vehículos favor completar en otro formulario.

ESPECIFICACIONES DEL SEGURO SOLICITADO

Moneda <input type="radio"/> RD\$ <input type="radio"/> US\$	Planes y coberturas <input type="radio"/> MI AUTO PREMIER <input type="radio"/> MI AUTO FLEX <input type="radio"/> MI AUTO FULL <input type="radio"/> MI AUTO BÁSICO <input type="radio"/> MI AUTO MOTO BÁSICO <input type="radio"/> CASA CONDUCTOR / CASA CÁRCEL De seleccionar esta cobertura, elija una de las siguientes: <input type="radio"/> CENTRO ASISTENCIAL AL AUTOMOVILISTA <input type="radio"/> CMA DE SERVICIOS
---	---

Límites responsabilidad civil <input type="radio"/> 500,000 / 500,000 / 1,000,000 <input type="radio"/> 1,000,000 / 1,000,000 / 2,000,000	Especifique el plan elegido	Cantidad de días vehículo rentado <input type="radio"/> 10 días <input type="radio"/> 20 días <input type="radio"/> 30 días
--	-----------------------------	--

ANTECEDENTES

¿Usted ha tenido otros seguros sobre esta propiedad?
 Sí No En caso de ser afirmativo, indique aseguradora

Historial de pérdida de los últimos 5 años (Tipo de siniestro, causa, fecha y monto pagado)

CESIÓN DE DERECHOS

¿Desea endosar su póliza a alguna institución?
 Sí No En caso de ser afirmativo, indique el nombre de la institución

Sucursal	Monto de la cesión	Referencia vehicular
----------	--------------------	----------------------

Firma y sello del cedente

FORMA DE PAGO

Cuotas <input type="radio"/> 25% Prima más <input type="radio"/> 1 cuota <input type="radio"/> 2 cuotas <input type="radio"/> 3 cuotas <input type="radio"/> 4 cuotas	Tipo de pago <input type="radio"/> Efectivo <input type="radio"/> Pago automático <input type="radio"/> Cheque <input type="radio"/> Transferencia
--	---

Nota: En caso de seleccionar pago automático con tarjeta de crédito, completar el formulario de autorización de cargo recurrente.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA EMISIÓN

Copia de la cédula o pasaporte (en caso de extranjero) Conduce de salida Licencia Inspección de vehículo cotizado Matrícula vehículo

DECLARACIONES GENERALES

Declaro bajo fe de juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud, y que las respuestas a las mismas, y las informaciones y afirmaciones establecidas en esta son ciertas, verdaderas y completas, y constituyen la condición esencial para que Humano Seguros, S.A. (en adelante "la aseguradora") evalúe y consienta suscribir el correspondiente contrato de aseguramiento y proceda con la emisión de la póliza solicitada. Por ello, reconozco que cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las informaciones suministradas en este formulario, dará lugar a la nulidad del contrato y su consecuente rescisión sin responsabilidad para la aseguradora, sin perjuicio de las responsabilidades que recaigan sobre el asegurado. De igual modo, reconozco que en caso de que Humano Seguros, S.A. acepte esta solicitud, la misma surtirá efecto a partir de la fecha de inicio de vigencia especificada por escrito por la aseguradora, previo al cumplimiento de las condiciones del contrato de aseguramiento.

De igual modo, autorizo a Humano Seguros, S.A. a solicitar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito, así como a suministrar información de esta índole a los centros de información crediticia para la evaluación del riesgo por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de la aseguradora y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del artículo 377 del Código Penal, ni supondrá violación a la Ley núm. 172-13 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, ni generará responsabilidad bajo los artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, y manteniendo libre e indemne de toda reclamación, a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil.

Firma y sello del solicitante

DATOS COMERCIALES

Canal <input type="radio"/> Corredores <input type="radio"/> Agentes <input type="radio"/> Directo	No. de póliza
---	---------------

Intermediario	Código	Gerente de negocios
---------------	--------	---------------------