

1. DATOS DEL SOLICITANTE					
Nombre del Asegurado:		Teléfono:		Celular:	
Dirección particular y dirección para envío de correspondencia:					
Ocupación:	N.I.T. :	Lugar y Fecha de Nacimiento:		Día	Mes
Nombre de la empresa donde labora:		Teléfono:		Correo:	
Dirección de la empresa:			Emitir cobros a nombre de:		

2. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE			
Utiliza el vehículo en su ocupación:	Sí	No	Uso que le da al vehículo:
Compañía con la que esta(n) o ha(n) estado asegurado(s) su(s) vehículos:			
Le han negado alguna vez un seguro de vehículo o prorroga:	Sí	No	Compañía que se lo negó:
¿Manejera el vehículo personas menores a 21 años de edad y/o de cualquier edad cuya licencia tiene menos de 1 año de haber sido extendida?	Sí	No	
Clases de seguros vigentes que tenga con ASSA Compañía de Seguros:			
No. Póliza (s):	El vehículo que solicita asegurar sustituirá al vehículo marca:		
No. Póliza:	No. Placa:	Año:	

3. DATOS DEL VEHICULO		
No. Placa:	Toneladas:	No. puertas:
Año:	Modelo:	Motor especial marca:
Marca:	No. Motor:	Combustible:
Color:	No. de chasis Grab:	Radio marca:
Clase:	No. de chasis Vin:	Versión americana:
Capacidad (No. asientos):	En calidad:	

DATOS PARTICULARES DE LOS CONDUCTORES DEL VEHICULO OBJETO DEL SEGURO				DATOS REFERENTES A LA LICENCIA				
Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Ocupación	No. Licencia	Clase	Extendida el	Refrendada el	Tiempo de manejar con

### EL SOLICITANTE MANIFIESTA:

Haber recibido de ASSA Compañía de Seguros, S.A. la información completa, precisa, veraz, clara y oportuna que han determinado las características del seguro solicitado. Haber leído completamente y se me han explicado todas las obligaciones y condiciones estipuladas que contendrá el contrato de sus seguros y sus anexos a suscribir, a las cuales ambas partes nos comprometemos. En testimonio de lo cual, firmo la presente solicitud en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. El seguro entrara en vigor al ser aceptada esta solicitud por ASSA Compañía de Seguros, S.A.; o si el solicitante lo prefiere a fecha futura, entrara en vigor a partir del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ siendo el periodo por asegurar de un año.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Firma Agente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ N. de Agente SSF: \_\_\_\_\_