


SOLICITUD DE SEGURO DE VEHICULOS

		SOLICITUD No.: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefonos: 349-8318 / 9833-2101 / 9812-2169 E-Mail : ventas@redsegurosperu.com		Att.: <input style="width: 100%;" type="text"/> Fax.: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Cia. de Seguros: <input style="width: 80%;" type="text"/>		Código <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Poliza Nueva <input type="checkbox"/>		Exclusion <input type="checkbox"/>	
Modificacion <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>	
La presente solicitud forma parte del Contrato de Seguro. La adecuada respuesta a las preguntas aquí consignadas constituye la base técnica para la aceptación del Seguro solicitado. Las respuestas a esta solicitud deben ser hechas con la mayor claridad y precisión, en forma legible, sin tachones ni enmendaduras con un solo tipo de letra y tinta.			
DATOS DEL CONTRATANTE			
DATOS DEL CONTRATANTE			
Nombre o Razon Social			
Codigo:	D.N.I	RUC	FECHA DE NAC.
Direccion	Distrito		Telf.
DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre o Razon Social			
Codigo:	D.N.I	RUC:	FECHA DE NAC.
Direccion	Distrito		Telf.
DIRECCION DE COBRANZA DE TRABAJO			
Direccion :			
Persona a contactar :			
INSPECCION			
Persona a contactar:	Distrito		LIMA Cel.
Direccion:			Telf.
DATOS DEL VEHICULO			
CLASE	MARCA	MODELO	AÑO
NO.CHASIS	NO.MOTOR	COLOR	USO
CONDUCTOR HABITUAL		ACCESORIOS DE SONIDO	
TITULAR	CONYUGE	HIJO < 25 años	DE FABRICA SI NO
DATOS DEL SEGURO			
Periodo del Seguro	Moneda	Prima Neta	Prima Total (Inc. Imp. Y Gastos)
	DOLARES		
TIPO DE SEGURO y FORMA DE PAGO			
Daño Propio	SI	Perdida Total	R.C.
ENDOSATARIO		Contado	No.Cupones
		Cta. Inicial	No. Letras
		No. Cuotas Banc.	Carg Cta.si/no
		Banco	No. Cuenta

SOLICITANTE

RED CORREDORES DE SEGUROS

CIA. DE SEGUROS