

SOLICITUD DE POLIZA AUTOS RESIDENTES

CHUBB®

P NUEVA REN POL COTIZAC NO. MESES SIN INT

DATOS DEL CONTRATANTE

ASEGURADO ID: _____ NACIONALIDAD: _____ PAIS DE ORIGEN: _____
 ASEGURADO: _____ R.F.C. _____ - _____ - _____
 PROPIETARIO: _____ BENEFICIARIO: _____
 DIRECCION: _____ COLONIA: _____
 ESTADO: _____ CIUDAD: _____ C.P.: _____
 TEL. CASA: _____ CELULAR: _____ E-MAIL: _____
 FORMA PAGO: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL PRORRAT
 VIGENCIA: DESDE HASTA
 ESTADO DONDE CIRCULA OCUPACION: _____
 CLAVE AGENTE: _____ 192191 EDO.CIVIL _____

DATOS GENERALES DEL VEHICULO

MARCA: _____ TIPO: _____ MODELO: _____
NOMBRE DEL VEHICULO VERSION TRANSMISION(STD o AUT) A/AC (SI/NO)
 MOTOR No.: _____ SERIE No.: _____
 PLACAS: _____ USO: PARTICULAR OTRO **RIESGO EXCLUIDO (UBER, TAXIFY, DIDI, CABIFY)**

COBERTURAS

PAQUETE:	COBERTURAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA:
AMPLIA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CAP DAÑOS <input type="checkbox"/>	VALOR FACT <small>FAC MENOR A 3M</small> _____
LIMITADA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CAP ROBO <input type="checkbox"/> RC EQUIPO ESPECIAL	VALOR COMERCIAL <input type="checkbox"/>
R.C. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CEROCIBLE PT <input type="checkbox"/> ADAPTACIONES	MODIFICACION EN:
INTEGRAL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RC OCUPANTES <input type="checkbox"/> RC ADAPTACIONES	SUMA ASEGURADA: _____ DEDUCIBLE: _____
VAN SEGUROS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ACCID AL CONDUCTOR _____	R.C.: _____ D.M.: _____
	<input type="checkbox"/> AUTO RELEVO PLUS <input type="checkbox"/> CEROCIBLE	G.M.O.: _____ R.T.: _____
	<input type="checkbox"/> EQUIPO ESPECIAL <input type="checkbox"/> ADAPTACION	R.C. FALLECIMIENTO: _____
	DESCRIPCION	

OBSERVACIONES

FIRMA DEL SOLICITANTE