**SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMOVILES**

1. **Vigencia del seguro**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vigencia: |  | Término corto (con autorización) |  | Vigencia desde: |  |  |  |
|  | Anual |  | Vigencia hasta: |  |  |  |
|  | Término largo (leasing) |  |  |  |  |  |

1. **Datos del Asegurado**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUT/CI: |  | Fecha Nac: (dd/mm/aaaa) | |  |  |  | |
| Apellidos: |  | Teléfono: | |  | | | |
| Nombres: |  | Teléfono 2: | |  | | | |
| Dirección: |  | | | | | | |
| Localidad: |  | C.P.: | |  | | | |
| Ocupación: |  | Correo electrónico: | |  | | | |
| Dirección de envío: |  | Teléfono de envío: | |  | | | |
| Localidad de envío: |  | C.P. de envío: | |  | | | |
| **(\*)** Zona habitual de circulación: |  | C.P. zona de circulación: | |  | | | |
| **(\*) De acuerdo a la Cláusula 1 de las Condiciones Generales de Póliza de Automóviles** | | | | | | | |
| Indique como desea recibir su póliza “x” | | WhatsApp/correo electrónico |  | Impresa (costo del envío U$S 3,14 más IVA) | | |  |
| Código Productor: |  | Nombre Productor: | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿El asegurado es el Conductor habitual?: | SI |  | NO |  |

**Serán conductores habituales todos aquellos que conduzcan el vehículo asegurado de manera previsible y regularmente al menos tres veces por semana.**

Si existen otros conductores habituales ingrese la información:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CI: |  | Fecha Nac: (dd/mm/aaaa) |  |  |  |
| Apellidos: |  | Nombres: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CI: |  | Fecha Nac: (dd/mm/aaaa) |  |  |  |
| Apellidos: |  | Nombres: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CI: |  | Fecha Nac: (dd/mm/aaaa) |  |  |  |
| Apellidos: |  | Nombres: |  | | |

1. **Datos de representante (para Asegurados que sean personas jurídicas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CI: |  | Apellidos: |  |
| Nombres: |  | Ocupación: |  |

1. **Forma de pago de la póliza**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contado |  | | Cuotas | |  | | Moneda: | | Pesos |  | Dólares USA | | |  |
| Red de cobranza (ABITAB, REDPAGOS). | | | | | | | | | | | | | | |
| Débito de tarjeta | Número de tarjeta | | |  | | | | | Vencimiento (mm/aa) | | |  |  | |
| Débito bancario | Banco: |  | | | | Sucursal: | |  | | Nº cuenta: | |  | | |

1. **Datos del vehículo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Código de marca: | | |  | Marca: | | |  | | | | | | | | | |
| Código de modelo: | | |  | Modelo: | | |  | | | | | | | | | |
| Combustible: | |  | | Tipo: |  | | | | | Año: |  | | Color: | |  | |
| Uso (x): | Particular y/o trabajo | | | |  | | **(\*)** Taxi/ Remis/Transporte escolar | |  | **(\*)**Emergencias | | |  | **(\*)**Alquiler s/chofer | |  |
| Matrícula Nº | |  | | | | Motor Nº | |  | | Chasis Nº | |  | | | | |
| ¿Guarda en Garaje? (SI/NO) | | | | | |  | |

**(\*) Con autorización previa**

1. **Cesión de Derechos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RUT/CI: |  | Fecha Nac.: |  |
| Apellidos: |  | Teléfono: |  |
| Nombres: |  | Teléfono 2: |  |
| Dirección: |  | | |
| Localidad: |  | C.P.: |  |
| Ocupación: |  | Correo electrónico: |  |
| Dirección de envío: |  | Teléfono de envío: |  |
| Localidad de envío: |  | C.P. de envío: |  |

1. **Datos de representante (para Cesionarios que sean personas jurídicas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CI: |  | Apellidos: |  |
| Nombres: |  | Ocupación: |  |

1. **Información adicional**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiario para asistencia en viaje (en caso de personas jurídicas): |  |
| Número de juegos de llaves del vehículo en poder del Asegurado: |  |
| Observaciones: | |

**Inspección del vehículo**

En Montevideo y área metropolitana:

Solicitando vía e-mail a [inspeccionesmapfre@auxicar.com](mailto:inspeccionesmapfre@auxicar.com) aportando la siguiente información:

Cédula de identidad/RUT, nombre, apellido y número de celular.

Marca, modelo, año y matrícula del vehículo

Lugar donde realizar la inspección: Calle, N° de puerta, intersección, localidad y horario para la visita

En el resto del país, por el personal de las Oficinas, o en su defecto por otros expresamente autorizados, en el domicilio indicado en la solicitud, o directamente en cada Oficina.

1. **Alternativa de Cobertura contratada**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **S.O.A.** | **Simple** | **Básica** | **Smart** | **Todo Riesgo Total 2.0** |
| **CODIGO DE ALTERNATIVA** | 3 | 2 | 1 | 22 | 20 |
| **Antigüedad de vehículo hasta** | Sin límite | Sin límite | 30 años | 30 años | 30 años |
| **Seguro Obligatorio (S.O.A.)** | SI | SI | SI | SI | SI |
| **Responsabilidad Civil** |  | SI | SI | SI | SI |
| **Asistencia en viaje a las personas** |  |  | SI | SI | SI |
| **Asistencia mecánica al vehículo** |  |  | SI | SI | SI |
| **Reclamación de Daños** |  |  |  | SI | SI |
| **Muerte de Ocupante y gastos médicos** |  |  |  | SI | SI |
| **Incendio - Daño Parcial** |  |  |  | Franquicia deducible | SI |
| **Incendio - Pérdida Total** |  |  |  | SI | SI |
| **Robo - Daño Parcial** |  |  |  | Franquicia  deducible | SI |
| **Robo - Pérdida Total** |  |  |  | SI | SI |
| **Daño Parcial por Accidente** |  |  |  |  | Franquicia deducible |
| **Daño Total por Accidente** |  |  |  |  | SI |
| **Rotura de Cerraduras** |  |  |  |  | SI |
| **Rotura de Cristales** |  |  |  |  | SI |
| **Robo en Baúl** |  |  |  |  | SI |
| **Incendio Total/Parcial uso campo** |  |  |  | SI | SI |
| **MARCAR LO QUE CORRESPONDA "X"** |  |  |  |  |  |

COBERTURAS ADICIONALES – Exclusivas para Smart

**MARCAR LO QUE CORRESPONDA CON “X”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Daño Total por Accidente** | |
|  | **Rotura de Cerraduras y Cristales** | |
|  | **Reposición de 0 Km (durante los dos primeros años a partir de su primera matriculación)** | |
|  | **Granizo (con deducible)** | Franquicia deducible: |
|  | **Granizo sin deducible (Aplica para ciertos tipos de vehículos, consulte)** | |

COBERTURAS ADICIONALES – Exclusivas para Todo Riesgo Total 2.0

|  |  |
| --- | --- |
|  | **INMOVILIDAD 1 - BASICA (30 días de inmovilidad, indemnización de USD 40 por día o en pesos según póliza).** |
|  | **INMOVILIDAD 2 - COMPLETA (30 días de inmovilidad, indemnización de USD 50 por día o en pesos según póliza).** |
|  | **INMOVILIDAD 3 - PLUS (60 días de inmovilidad, indemnización de USD 50 por día o en pesos según póliza).** |
|  | **Granizo sin deducible (Aplica para ciertos tipos de vehículos, consulte)** | |

**IMPORTANTE:**

* **Las coberturas adicionales tienen prima asociada.**
* **La póliza en Alternativa de Cobertura Todo Riesgo Total 2.0, para vehículos con antigüedad superior a 10 años o aquellos vehículos fuera de las Normas de Suscripción que fuesen previamente autorizados, entrarán en vigor una vez inspeccionado el vehículo.**
* **La póliza en Alternativa de Cobertura SMART, para vehículos con antigüedad superior a 30 años o aquellos vehículos fuera de las Normas de Suscripción que fuesen previamente autorizados, entrarán en vigor una vez inspeccionado el vehículo.**
* **En el caso de las coberturas de Asistencia al Vehículo y Asistencia en Viaje, se establece un período de carencia de 48 horas hábiles para el inicio de la cobertura, contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud o de la inspección en los casos que corresponda, la que sea posterior.**
* **LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO CONSTITUYEN LAS BASES PARA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL CALCULO DE LA PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADOR. LAS DECLARACIONES FALSAS O RETICENCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO, AUNQUE INCLUSO HAYA INCURRIDO EN ELLAS DE BUENA FE, DETERMINAN LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN BRINDADA POR LA PÓLIZA.**

**Protección de Datos Personales**

Se informa que los datos personales facilitados en el presente formulario (los Datos) serán incorporados en una base de datos cuyo responsable es MAPFRE LA URUGUAYA S.A., con domicilio en Juncal 1385, piso 1, Montevideo. Los destinatarios de los Datos serán MAPFRE LA URUGUAYA S.A. o sus empresas vinculadas y asociadas, y los mismos serán tratados en forma confidencial, para cumplir con la finalidad contractual y para poner en su conocimiento la existencia de nuevos productos y promociones, en un todo de acuerdo con la normativa de la República Oriental del Uruguay en materia de Protección de Datos Personales. Podrán ejercerse los derechos de acceso a la base de datos y solicitar la rectificación, actualización, inclusión o supresión de los Datos en los términos de la Ley 18.331 personalmente o mediante una comunicación escrita a Juncal 1385, piso 1, Montevideo - CP 11000.-

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Productor: | Firma del Asegurado/Representante: |
| Aclaración de Firma: |
| C.I.: |