

SOLICITUD PARA AUTOMOVILES

Datos del Contratante:

Fecha de Solicitud

D M A

Nombre o razón social: _____

Dirección: _____

Col.: _____

C.P. _____

Delegación: _____

Ciudad: _____

Tels.: _____

Datos del conductor habitual: (persona que maneja por más del 85% del kilometraje del vehículo) personas físicas.

Conductor

Pernocta en

¿Se Guarda en Garage en

Sexo Edad ____ Edo.civil: _____ ocasional: Si No Garage: Si No horario laboral? Si No

Kms.que recorre (anual):Hasta 10,000 kms. Entre 10,001 y 20,000 Más de 20,000 Color del vehículo _____

Clave del agente

Nombre del agente

Tel.:

Vigencia del seguro

A las 12 hrs.

Oficina:

Renueva a:

Forma de Pago:

Desde

Hasta

D M A

D M A

Descripción del Vehículo

Marca de fábrica, nombre comercial y tipo de carrocería

Transmisión

Color

Modelo

Número del motor

Número de serie

Registro fed. de vehículos

Capacidad

Clave tarifa

Placas

Servicio

Renave

Uso

1. Particular

2. Público

1. Particular 3. Emergencia

2. Comercial 4. Renta diaria

Circula Ciudad de México

SI NO

5. Transporte de personal

Modalidad: 1. Automóvil y motocicleta 3. Camiones de más de 3.5 tons. 5. Taxi y combi 7. Autobuses urbanos

2. Camiones hasta 3.5 tons. 4. Tractocamiones 6. Microbuses 8. Autobuses foráneos

Coberturas

Límite Máximo de Responsabilidad

1.1	Daños Materiales Perdida Parcial	Amparado <input type="checkbox"/> Con deducible	Valor comercial
1.2	Daños Materilales Perdida Total	Excluido <input type="checkbox"/> del %	al momento del siniestro
1.3	Daños materiales catastróficos	Amparado <input type="checkbox"/> Con deducible	Valor comercial
		Excluido <input type="checkbox"/> del %	al momento del siniestro

NOTA: No se podrán contratar simultáneamente ambas coberturas (1.1, 1.2) y 1.3.

2	Robo total	Amparado <input type="checkbox"/> Con deducible	Valor comercial
		Excluido <input type="checkbox"/> del %	al momento del siniestro
2.1	Indemnización diaria por robo	Amparado <input type="checkbox"/>	
		Excluido <input type="checkbox"/> pérdida total de daños materiales	Excluido <input type="checkbox"/>

NOTA: La Cobertura 2.1 está incluida en la cobertura 2.2

Responsabilidad civil: 3.6 Bienes \$ 250,000 M.N. 3.7 Personas \$ 250,000 M.N. Obligatorio o SUVA <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> 3.8 Exceso L.U.C. (Límite único y combinado)\$_____ máximo de \$1,500,000 (múltiplos de 50,000)	Extensión de la cobertura de responsabilidad civil	Amparada <input type="checkbox"/>
		Excluido <input type="checkbox"/>
	Asistencia legal atlas (A.L.A.)	Amparada <input type="checkbox"/>
		Excluido <input type="checkbox"/>

3 Responsabilidad civil: L.U.C. \$ _____ M.N. *Se podrá optar esta cobertura en vez de la desglosada

3.1 Responsabilidad Civil Catastrófica por Fallecimiento \$ _____. Suma Asegurada: _____.

4 Gastos Médicos L.U.C. \$ _____

6	Equipo especial	Anexar descripción con su respectivo valor unitario			
33	Asistencia en viajes atlas	Amparado <input type="checkbox"/> Excluído <input type="checkbox"/>	3.4.1	Extensión de coberturas	Amparado <input type="checkbox"/> Excluído <input type="checkbox"/>
7	Auto sustituto por pérdida total por daños materiales	Amparado <input type="checkbox"/> Excluído <input type="checkbox"/>	8	Auto sustituto por robo total	Amparado <input type="checkbox"/> Excluído <input type="checkbox"/>
9	Atlas cero plus por pérdida total daños materiales	Amparado <input type="checkbox"/> Excluído <input type="checkbox"/>	10	Atlas cero plus robo total	Amparado <input type="checkbox"/> Excluído <input type="checkbox"/>

Beneficiarios

5	Accidentes automovilísticos al conductor*	Nombre	Parentesco	%

*Suma asegurada mínima \$ 10,000				

5.1	Muerte accidental al conductor*	Nombre	Parentesco	%

*Suma Asegurada mínima \$ 10,000				

NOTA: No se podrán contratar simultáneamente ambas coberturas.

Otras Coberturas:	
-------------------	--

COBRANZA: Primas del seguro

Formas de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

Conductos de pago: Cargo a tarjeta de crédito o débito Domiciliación Pago referenciado

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguros le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud

De acuerdo con los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el proponente debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que tengan referencia a esta solicitud, como los conozca, o debe conocer al momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración, inexacta o falsa declaración de los hechos importantes podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o beneficiario en su caso.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60 - Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México, Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

Nuestra Unidad Especializada se encuentra ubicada en Paseo de los Tamarindos #60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120, Deleg. Cuajimalpa, Ciudad de México, con un horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 hrs. Así como la atención telefónica en el 9177-5220 o al 01 800 849 3916 y/o al correo electrónico rlabastida@segurosatlas.com.mx

El alcance, términos, condiciones, exclusiones y limitantes de las Coberturas contratadas se encuentran en las Condiciones Generales que se le entregarán al momento de la contratación de la póliza, la cual también podrá obtener en nuestra Página Web en la siguiente dirección: www.segurosatlas.com.mx/Descargas.html

Por este conducto declaramos y aceptamos que todos los datos e informes proporcionados en la presente propuesta son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo del contrato propuesto y por lo tanto, servirán de base para la celebración del mismo. El agente de seguros explicó de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura del seguro, así como sobre la forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo, proporcionó a la Institución de Seguros, la información precisa y relevante que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga, a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas.

Firma del Agente

Firma del Solicitante

Firma del agente: únicamente para efectos administrativos, tiene conocimiento de los bienes que se pretenden asegurar, así como del estado físico de los mismos y corrobora que son los que se especifican en la presente solicitud.

Estado del vehículo: _____

Observaciones:

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de Octubre de 2021, con el número CNSF-S0023-0404-2021. / CONDUSEF-005077-01.