



SOLICITUD DE SEGURO AUTOMOVILES COLECTIVO TOMADOR NO UNICO	Seleccione la opción que corresponda
	No. POLIZA GRUPO: (Recuerde son 13 dígitos) 9201121900103 CONTRATO: 99623 PARENTESCO ENTRE TOMADOR – ASEGURADO
El recibido del presente formulario no implica la aceptación del riesgo. Si transcurrido el termino de quince (15) días corrientes contados a partir de la fecha de recibido de la solicitud. Mapfre no expide la póliza. Se entenderá que el riesgo no ha sido aceptado	

TOMADOR	Tipo de documento		No. Documento		Fecha de Expedición de documento DD MM AAAA			Lugar de expedición del documento Departamento Ciudad		
	Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			
	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Lugar de Nacimiento Departamento Ciudad			Nacionalidad				
	Genero F M	Tipo de Actividad			Teléfono		E- Mail			
Dirección residencia				Departamento de Residencia: Ciudad de Residencia:						
ASEGURADO	Mismo (Tomador)				Otro				Si es diferente al Tomador por favor diligenciar la siguiente información	
	Tipo de documento		No. Documento		Fecha de Expedición de documento DD MM AAAA			Lugar de expedición del documento Departamento Ciudad		
	Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			
	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Lugar de Nacimiento Departamento Ciudad			Nacionalidad				
Genero F M	Tipo de Actividad			Teléfono		E- Mail				
Dirección residencia				Departamento de Residencia: Ciudad de Residencia:						
BENEFICIARIO	Mismo (Asegurado)				Acreedor prendario				Si es diferente al asegurado por favor diligenciar la siguiente información	
	Tipo de documento		No. documento		Nombre o Nombre de la prenda					
	Mismo (Asegurado)				Otro (Max. 1 persona diferente al asegurado)					
	Tipo de documento	No. documento		Fecha de Nacimiento DD MM AAAA			Genero F M			
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido				
DATOS DEL VEHICULO	Fecha de inclusión póliza individual (La fecha no puede ser anterior a la fecha de inspección)									
	Placa		Motor (Obligatorio para 0km)		Chasis (Obligatorio para 0km)		Color		Modelo	
	Si es vehículo 0 Km por favor diligenciar la siguiente información			Nombre del concesionario				Numero de factura		
	Fecha de factura DD MM AAAA				Valor factura (Solo cifras numéricas)					
Código Fasecolda (opcional)	Ciudad de circulación		Servicio del vehículo	Uso del vehículo	Contrata dispositivos de seguridad	SI	NO	Indique Cual		