



<b>SOLICITUD DE SEGURO AUTOMOVILES COLECTIVO TOMADOR NO UNICO</b>	Seleccione la opción que corresponda
	<b>No. POLIZA GRUPO:</b> (Recuerde son 13 dígitos)
	<b>CONTRATO:</b> <b>PARENTESCO ENTRE TOMADOR – ASEGURADO</b>
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	<b>Fecha de inclusión póliza individual</b> (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	