

**FORMULARIO DE INSTALACION
SISTEMA DE LOCALIZACIÓN VEHÍCULAR AVL**No. de Póliza **DATOS GENERALES:**

Nombre del Asegurado: _____

NIT. _____ DUI. _____

Teléfonos de contacto: _____ Celular: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Dirección del asegurado: _____

Agente o Corredor de Seguros: _____

Póliza/vehículo: _____ Placa: _____

Marca: _____ Modelo: _____

Año: _____ Color: _____

Motor: _____ Chasis: _____

Suma Asegurada: _____ Tipo de Vehículo: _____

Nombre y Teléfono
de Contacto:Lugar y fecha de
Instalación:

Fecha:

Observaciones:

EL SISTEMA DE LOCALIZACIÓN VEHICULAR AVL QUE ESTA ADQUIRIENDO ES PROPIEDAD DE **SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A.** POR LO QUE EL ASEGURADO SE COMPROMETE A DEVOLVER EL EQUIPO EN LOS SIGUIENTES CASOS (1) AL MOMENTO DE TERMINAR EL CONTRATO DE SEGURO SIN HACER LA RESPECTIVA RENOVACIÓN Y PAGARA EL VALOR DE **\$33.90** POR LA DESINSTALACIÓN, EL ASEGURADO DEVOLVERÁ EL EQUIPO DESCRITO CASO CONTRARIO REINTEGRARA A LA COMPAÑIA EL VALOR DE **US\$ 472.34** (2) CUANDO LA COMPAÑIA DE SEGUROS REQUIERA DE SU DEVOLUCIÓN LUEGO DEL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE BASADO EN LA APRECIACIÓN DEL RIESGO; PARA LO CUAL **SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A.** AVISARA POR ESCRITO CON 15 DÍAS DE ANTICIPACIÓN SOLICITANDO LA DEVOLUCIÓN Y DESINSTALACIÓN DEL EQUIPO PARA SU REUTILIZACIÓN COMPROMETIÉNDOSE LA COMPAÑIA A ABSORBER LOS COSTOS DE DESINSTALACIÓN.

NOMBRE DEL ASEGURADO_____
FIRMA DEL ASEGURADO