

Solicitud de Automóvil Personal

- Programa Regular Programa Claims Free
 Responsabilidad Pública Daños Físicos Multianual (Doble Interés) Responsabilidad Pública y Daños Físicos

Nombre del Asegurado / Solicitante: _____

Seguro Social: _____

Número de Teléfono _____

Dirección Correo Electrónico: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____

Efectividad: _____

Expiración: _____

Información del Automóvil

Auto #1

| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Núm. de Motor: _____ | Marca: _____ | Año: _____ | Modelo: _____ |
| Territorio: _____ | | Costo Original: \$ _____ | Valor Real: \$ _____ |
| ¿Tiene Alarma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Lojack Núm. Certificado _____ | | Núm. de Licencia: _____ |
| (De ser así, favor incluir evidencia) | Expiración Certificado _____ | | Fecha de Expiración: _____ |

Clasificación por Uso

Tipo de Garaje

- Estacionamiento Abierto Garaje Privado
 Marquesina Calle

Auto #2

| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Núm. de Motor: _____ | Marca: _____ | Año: _____ | Modelo: _____ |
| Territorio: _____ | | Costo Original: \$ _____ | Valor Real: \$ _____ |
| ¿Tiene Alarma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Lojack Núm. Certificado _____ | | Núm. de Licencia: _____ |
| (De ser así, favor incluir evidencia) | Expiración Certificado _____ | | Fecha de Expiración: _____ |

Clasificación por Uso

Tipo de Garaje

- Estacionamiento Abierto Garaje Privado
 Marquesina Calle

Información del Asegurado, Solicitante, Otros Operadores y Residentes

| Conductores | Relación con Solicitante | Fecha de Nacimiento | Sexo | Casado | Ocupación | Seguro Social | Número de Licencia | Fecha Exp. | 1. Conductor Principal 2. Conductor Ocasional |
|-------------|--------------------------|---------------------|------|--------|-----------|---------------|--------------------|------------|--|
| | | | | Si No | | | | | |
| 1. | | | | | | | | _____ | |
| 2. | | | | | | | | _____ | |
| 3. | | | | | | | | _____ | |
| 4. | | | | | | | | _____ | |
| 5. | | | | | | | | _____ | |

Nombre y Dirección del Trabajo: _____

Teléfono: _____

Auto 1 – Nombre del Banco: _____

Auto 1 – Núm. de Préstamo: _____

Auto 1 – Sucursal: _____

Auto 2 – Nombre del Banco: _____

Auto 2 – Núm. de Préstamo: _____

Auto 2 – Sucursal: _____

Auto #1

Cubiertas

Límite de Responsabilidad

| | |
|--|-----------------------------|
| Responsabilidad Civil | (C.S.L.) Por Cada Accidente |
| Responsabilidad – Lesiones Corporales | Por Cada Persona |
| | Por Cada Accidente |
| Responsabilidad – Daños a la Propiedad | Por Cada Accidente |

Cubiertas Adicionales (Marcar con Una (X) lo Solicitado)

- a) Pagos Médicos b) Cubierta de Costo de Remolque c) Extensión de Gastos de Transporte

Límite: _____

Daños Físicos

Deducibles para Colisión _____

Deducibles para Comprensivo _____

Solicitud de Automóvil Personal

Auto #2

| Cubiertas | Límite de Responsabilidad |
|--|-----------------------------|
| Responsabilidad Civil | (C.S.L.) Por Cada Accidente |
| Responsabilidad – Lesiones Corporales | Por Cada Persona |
| Responsabilidad – Daños a la Propiedad | Por Cada Accidente |

Cubiertas Adicionales (Marcar con Una (X) lo Solicitado)

a) Pagos Médicos b) Cubierta de Costo de Remolque c) Extensión de Gastos de Transporte
 Límite:

Daños Físicos
 Deducibles para Colisión Deducibles para Comprensivo

Información General (Marcar Con Una (X))

¿Alguno de los conductores ha tenido un accidente y/o ha sido convicto por violación de ley en los últimos tres años?
 Conductor # _____ Fecha: _____ Descripción: _____ Sí No

- ¿Están todos los vehículos registrados a nombre del asegurado? Sí No
- ¿Está algún vehículo modificado con equipo especial? (Incluye "Customized Vans PU's"). Sí No
- ¿Hay algún daño existente en alguno de los vehículos? Sí No
- ¿Existe algún otro seguro de automóvil en la casa? Sí No
- ¿Posee algún otro seguro en esta compañía? Sí No
- ¿Le han suspendido o revocado la licencia de alguno de los conductores? Sí No
- ¿Tiene alguno de los conductores algún impedimento físico o mental? Sí No
- ¿Le han declinado, cancelado o no - renovado algún seguro en los últimos tres años? Sí No

Experiencia de Pérdidas

¿Ha sido usted o alguno de los asegurados nombrados negligentes por ocasionar accidentes en los últimos 3 años? Sí No
 De ser afirmativa, favor detallar los nombres de los conductores envueltos fecha y descripción del accidente:
 Conductor(es) : Fecha: Descripción:
 1. _____
 2. _____
 3. _____

Según establecido por el "Fair Credit Reporting Act Public Law 91-508", se le notifica que, como parte de nuestro procedimiento de suscripción, una investigación de rutina puede ser realizada, la cual nos proveerá entre otras cosas, información de su carácter, reputación, características personales y sobre su forma de vida. Mediante solicitud por escrito, copia de este reporte, si fuera efectuado, será suministrado. Al firmar esta solicitud entendemos que usted está consciente y autoriza que este informe sea efectuado. Queda entendido por el solicitante que la prima de cualquier póliza emitida a base de información errónea o incompleta en esta solicitud, relacionada con la clasificación o experiencia individual de cualquiera de los conductores, será ajustada en cualquier momento. Queda entendido, además, que el solicitante será responsable de cualquier prima adicional que resulte por incluir cubiertas adicionales o de cualquier cambio en clasificación que resultase de una investigación.

El abajo firmante, al firmar este contrato certifica que la información suministrada es cierta, completa y correcta, y acuerda que cualquier póliza expedida por la compañía y sus renovaciones, si las hubiese, serán efectuadas bajo el entendimiento de que dichas aseveraciones son correctas, completas y reales; y entiende que cualquier información incorrecta, incompleta y falsa puede suspender, limitar o invalidar la cubierta según establecido en la Sección 1110 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Además, por este medio queda entendido y acordado que las declaraciones y descripciones aquí ofrecidas son representaciones y no garantías y, por lo tanto, cualquier falsa representación u omisión de un hecho material en esta solicitud puede causar la anulación de la cubierta desde la fecha de efectividad.

Nota Importante; "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres(3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

Declaración del Productor: De acuerdo a mis conocimientos, certifico que la firma que aparezca en esta solicitud es la firma personal del solicitante.

 Firma del Productor Firma del Solicitante Fecha