

AMERICAN INTERNANTIONAL INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE LINEAS PERSONALES

SOLICITUD DE AUTO PERSONAL

I. PROGRAMAS:

Regular Doble Interés/ # Meses _____, Acreedor _____
 Num. Póliza Nueva _____ Fecha de Efectividad _____

II. INFORMACION DEL ASEGURADO/SOLICITANTE

Solicitante/ Asegurado: _____ Teléfono oficina: _____ Hogar _____
 Dirección Postal: _____ Residencial: _____

III. CUBIERTAS

Cubiertas

Límites de Responsabilidad

“BI” Lesiones Corporales _____ por persona _____ por accidente
 “PD” Daños a la Propiedad _____ por accidente
 Gastos Médicos _____ cada persona
 Comprensivo _____ Deducible
 Colisión _____ Deducible
 Remolque y Labor \$25.00 por avería Marcar con X Si ()

IV. Informacion del Asegurado, otros operadores y todos los residentes menores entre 16 y 25 años de edad.

| Nombre de todos los Miembros de la familia incluyendo el solicitante | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento | Sexo | Casado Soltero Div. | Ocupación | Seg. Soc. | # Licencia |
|--|-----------------------------|---------------------|------|---------------------|-----------|-----------|------------|
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |

V. Descripción de los vehículos asegurados y/o no asegurados con nuestra compañía y designación de conductores

| Marca / Modelo | Año | Costo Nuevo | ACV | Fecha compra | #VIN | Asegurado con AIICO ¿si ó no? | Conductor Principal | Uso** | ¿Dónde estaciona en residencia? *** |
|----------------|-----|-------------|-----|--------------|------|-------------------------------|---------------------|-------|-------------------------------------|
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |

** Uso: 1 = placer, 2 = trabajo menos de 15 millas, 3 = trabajo mas de 15 millas, 4 = "business" negocio, 5 = "farm"

***Lugar: 1 = calle, 2 = estacionamiento privado, 3 = marquesina, 4 = drive-way

POR LA PRESENTE DECLARO QUE HE LEIDO ESTA SOLICITUD Y QUE DE ACUERDO A MI MEJOR SABER Y ENTENDER, LO ANTERIORMENTE MANIFESTADO ES CIERTO Y QUE SE OFRECE CON EL FIN DE QUE LA COMPAÑIA ME EXPIDA LA POLIZA QUE ESTOY SOLICITANDO.

Firma del Solicitante/Asegurado _____ Fecha: _____

Firma del Productor: _____ Código Agente _____ Fecha: _____ (Rev 3/26/01)