



**CARIBBEAN ALLIANCE INSURANCE COMPANY  
SOLICITUD PERSONAL PROTECTION POLICY**

EFFECTIVIDAD: \_\_\_\_\_ FORMA DE PAGO: \_\_\_\_\_ PRONTO: \$ \_\_\_\_\_ AGENTE: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE _____	
PRIMER NOMBRE _____	APELLIDOS _____
DIRECCION POSTAL _____	
DIRECCION RESIDENCIAL _____	
TELEFONO RESIDENCIAL _____	TELEFONO TRABAJO _____

**SECCION I - AUTOMOVIL**

AÑO	MARCA/MODELO	COSTO NUEVO	FECHA COMPRA	VIN	TABLILLA	EXP. MARBETE	USO	ALARMA

CUBIERTAS	LIMITES DE RESPONSABILIDAD	GRUA/REMOLQUE <input type="checkbox"/>
LIMITE SENCILLO	\$ POR ACCIDENTE	
DAÑOS CORPORALES (BI)	\$ POR PERSONA	\$ POR ACCIDENTE
DAÑOS A PROPIEDAD AJENA (PD)	\$ POR ACCIDENTE	
GASTOS MEDICOS	\$ POR PERSONA	
COMPRESIVO	\$ DEDUCIBLE	
COLISION	\$ DEDUCIBLE	
ASISTENCIA EN CARRETERA	VEHICULOS #	

**ACREEDORES**

VEH #	
VEH #	
VEH #	

**INFORMACION DE CONDUCTORES**

V E H	NOMBRE	S E X O	C / S	RELACION	FECHA NAC.	SEG SOC	OCCUPACION	LUGAR TRABAJO	#LIC.	DESC EST.

**ACCIDENTES/VIOLACIONES (SU RECORD SERA VERIFICADO CON EL DTOP)**

¿HA TENIDO ALGUN CONDUCTOR ANTES MENCIONADO ALGUN ACCIDENTE O VIOLACION DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS?  NO  SI, SI CONTESTO SI FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACION:

# CONDUCTOR	FECHA ACC.	DESCRIPCION DEL ACCIDENTE / VIOLACION	LUGAR	DAÑOS CORP.	PAGO / MULTA