



UNIVERSAL INSURANCE COMPANY

P.O. BOX 71338, SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-8438 TEL. (787) 793-7202 FAX 792-4330



EASTERN AMERICA INSURANCE CO.

P.O. BOX 71517 SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-8617 TEL.(787) 793-7202 FAX 792-4330

SOLICITUD DE POLIZA DE AUTOMOVIL PERSONAL

RESPONSABILIDAD PUBLICA

DOBLE INTERES

RESPONSABILIDAD PÚBLICA Y DAÑOS FÍSICOS

Nombre del "Dealer":		Agencia:	Productor:
Nombre del Asegurado/Solicitante:			
Dirección Postal:			
Dirección Residencial:			
Teléfono:			
Nombre y Dirección del Trabajo:			
Teléfono:			
Auto 1 - Nombre del Banco:	Auto 1 - No. de Préstamo:	Auto 1 - Sucursal:	
Auto 2 - Nombre del Banco:	Auto 2 - No. de Préstamo:	Auto 2 - Sucursal:	
Responsabilidad Pública:		Prima: \$ _____	
Responsabilidad Pública y Daños Físicos:		Prima: \$ _____	
Fecha de Efectividad y Expiración:			
Doble Interés:		Prima: \$ _____	
Fecha de Efectividad y Expiración:			

INFORMACION DEL ASEGURADO, SOLICITANTE, OTROS OPERADORES Y RESIDENTES

CONDUCTORES	Relación con Solicitante	Fecha Nacimiento			Sexo	Casado		Ocupación:	Seguro Social	Número Licencia	1. Conductor Principal 2. Conductor Ocasional 3. No Conduce
		M	D	A		Si	No				
1.	Solicitante										
2.	Cónyuge										
3.											

Hay conductores y/o dependientes menores de 25 años sí () no (). De no contestar esta pregunta la compañía entenderá que no hay conductores, ni dependientes menores de 25 años.

4.											
5.											

CUBIERTAS	LIMITE 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 DE SEGURO:			
a) Pagos Médicos	Límite: _____	Auto #1 _____	Auto #2 _____
b) Cubierta de Costo de Remolque		Auto #1 _____	Auto #2 _____
c) Extensión de Gastos de Transporte		Auto #1 _____	Auto #2 _____
		Si ()	No ()
		Si ()	No ()
		Si ()	No ()