



**OFFICE OF THE COMMISSIONER  
OF INSURANCE OF PUERTO RICO**

This form is hereby approved effective  
on September 23, 2016

*Winston Ortiz Rodriguez*



**Solicitud de Seguro Automóvil Personal**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Dirección física (donde guarda la unidad): \_\_\_\_\_

Teléfonos: Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Núm. Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Banco o Acreedor (si está financiado): \_\_\_\_\_

**Otros operadores**

Conductores	Relación	Fecha nacimiento	Sexo	Estado civil	Ocupación	# Licencia

Indique todas las personas que residen con el solicitante y que pudieran manejar el (los) vehículo(s) que aquí se indican. Esto incluye aquellos dependientes menores entre las edades de 16 años hasta los 24 años. La información omitida puede ser material para la aceptación del riesgo, por lo que cualquier reclamación que surja cuando un operador no nombrado este manejando el vehículo asegurado podría ser denegada.

**Información del Vehículo y Cubiertas**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Tablilla: \_\_\_\_\_

Número de motor (VIN): \_\_\_\_\_ Costo original: \_\_\_\_\_ Valor actual (ACV): \_\_\_\_\_

Automóvil: ☐ Nuevo ☐ Usado ¿Tiene sistema de alarma? ☐ Si ☐ No / ☐ Activa ☐ Pasiva

**Uso del automóvil:**

**Deducible para colisión y comprensiva:**

☐ Negocio ☐ Placer ☐ Ir al trabajo – 15 millas ☐ Ir al trabajo + 15 Millas

☐ \$250 ☐ \$500

**Cubiertas:** Termino: \_\_\_\_\_ ☐ Responsabilidad pública ☐ Doble interés ☐ Responsabilidad pública y Daños físicos

**Límite de Responsabilidad:** ☐ BI 10/20 PD 10 ☐ BI 25/50 PD 25 ☐ BI 50/100 PD 50 ☐ BI 100/300 PD 50

☐ Auto Prestado/Arrendado ☐ Reembolso gastos alquiler ☐ Pagos médicos: ☐ \$1,000 ☐ \$2,000 ☐ \$5,000

**Aviso sobre información fraudulenta**

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 presentara más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurriría en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación, con una 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. Declaro que he leído esta solicitud y que todas las declaraciones son verdaderas. Bajo las condiciones de la póliza, podría anularse la cubierta si la información suministrada es falsa o fraudulenta. Queda mutuamente entendido y acordado que esta solicitud forma parte de la póliza de seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del productor

\_\_\_\_\_  
Núm. de productor

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha