



QUALITAS INSURANCE COMPANY

CROSSBORDER TRUCKING PROGRAM

Submit all Quick Quotes to agents1@qualitasins.com

QUICK QUOTE FORM

No coverage is effective until approved by the insurance company

Agency:

Contact Person:

Phone No.:

Name of Applicant

Nombre del Solicitante:

DBA/ Nombre Comercial:

Garaging Address / Domicilio donde se guarda el vehiculo:

Producer No.:

Agent E-mail:

Fax No.:

Filing Information / Presentacion de la informacion:

☐ ICC/FHWA ☐ UCRA/DOT ☐ US DOT ☐ MX DOT ☐ MC ENTERPRISE

_____ # _____ # _____ # _____ # _____

Years in Business / Cuanto tiempo lleva esta operacion fucionando?: _____

Description of Operations / descripcion de las operaciones: _____

Proposed Effective Date/ Fecha de Vigencia Propuesta:

From /A Partir de: _____ **to / hasta:** _____

Coverage Requested/ Cobertus Solicitadas:

Combined Single Limit / Limite Unico y Combinado: ☐ \$750,000 ☐ \$1,000,000

Transporting Hazardous Materials / Transporta Material Peligroso: si no

If yes, explain what type/ Si es un si, explique que material:

Number of Drivers / Numero de conductores: _____

List Past Three Years of Accidents & Traffic Violations / Indique los accidents y violaciones de transito durante los ultimos tres anos: _____

Number of Vehicles Owned / Numero de vehiculos de su propiedad: _____

a) **Light / Ligero:** _____

_____ 15 Miles # _____ 50 Miles # _____ 150 Miles # _____ 250 Miles # _____ 450 Miles # _____ 600 Miles # _____ 1,500 Miles

b) **Medium / Mediano:** _____

_____ 15 Miles # _____ 50 Miles # _____ 150 Miles # _____ 250 Miles # _____ 450 Miles # _____ 600 Miles # _____ 1,500 Miles

c) **Heavy / Pesado:** _____

_____ 15 Miles # _____ 50 Miles # _____ 150 Miles # _____ 250 Miles # _____ 450 Miles # _____ 600 Miles # _____ 1,500 Miles