



Pólizas de Auto Comercial

Nombre del Prospecto: _____

Tipo de Negocio (Corp, Asoc, Individuo): _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Operación del Asegurado (Detallada): _____

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ #serie: _____

Tablilla: _____ Uso del Vehiculo: _____

Costo Nuevo: _____ Costo Actual: _____

Peso de cada auto _____

Deducibles: _____

Límites de Responsabilidad Pública:

Bodily Injury \$ _____

Property Damage \$ _____

Combined Single Limit \$ _____

Gastos Médicos \$ _____

Acreedor: _____ Es Lease: Sí No

Asegurados Adicionales (Relación): _____

Cubiertas Adicionales:

Hired & Non-owner # de empleados Road Assistance (si cualifica)

Rental Reimbursement (si cualifica)