INTERNATIONAL INSURANCE GROUP, INC.
1300 S. Milton Suite #224
Flagstaff, AZ 86001
Ph: 888-467-4639 Fax: 928-213-8476
nate.watson@segurousa.com

Suscrita por **National Unity Insurance Company**

COBERTURA VALIDA SOLO EN LOS ESTADOS UNIDOS
COBERTURA NO VALIDA EN MEXICO

SOLICITUD DE SEGURO PARA VEHICLES COMERCIALES MEXICANOS

NUMERO DE POLIZA: _____ TELEFONO DEL SOLICITANTE: _____ US DOT: _____ MX: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

DOMICILIO POSTAL DEL SOLICITANTE: _____

DOMICILIO DONDE SE GUARDAN LOS VEHICULOS: _____

VIGENCIA DE LA POLIZA: DE: _____ A: _____ 12:00 AM
HORA ESTANDAR CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO DEL SOLICITANTE

EL SOLICITANTE ES: INDIVIDUO ☐ SOCIEDAD ☐ CORPORACION ☐

Prima $ _____

D. de Poliza $ _____

Prima Total $ _____

DESCRIPCION DE OPERACIONES

1. DEFINA LOS PUERTOS DE ENTRADA EN LOS ESTADOS UNIDOS: _____

2. RADIO MAXIMO DE OPERACION DE TODOS LOS VEHICULOS EN LOS ESTADOS UNIDOS: _____

3. SE VAN A USAR LOS CAMIONES PARA ENTREGA DE MAYOREO, MENUDEO, O INDUSTRIAL: _____

4. ENUMERE TODOS LOS TIPOS Y VARIEDAD DE CARGA QUE TRANSPORTAN LOS VEHICULOS: _____

_____

5. EXISTE ALGUN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO/SEGURIDAD DE LOS VEHICULOS EN OPERACION: _____

6. EXISTE VEHICULOS, PROPIEDAD DE LA EMPRESA, QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN ESTA SOLICITUD: _____

LOS VEHICULOS COMERCIALES SOLO PODRAN SER CONDUCIDOS POR CHOFERES MAYORES DE 25 ANOS DE EDAD Y MENORES DE 65 ANOS DE EDAD, CON LICENCIA DE CONDUCIR VIGENTE PARA EL TIPO DE VEHICLE QUE ESTA OPERANDO.

INFORMACION DE LOS CONDUCTORES – INCLUYA TODOS LOS CONDUCTORES. SI ES NECESARIO ANEXE OTRA APLICACIÓN

NOMBRE DEL CONDUCTOR	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE LICENCIA	LUGAR DE EXPEDICION	NUMERO DE ACCIDENTES EN LOS ULTIMOS 3 ANOS	NUMERO DE INFRACCIONES EN LOS ULTIMOS 3 ANOS	ANOS DE EXPERIENCIA

ARRIBA ES UNA LISTA COMPLETA DE TODOS LOS CHOFERES, HASTA CHOFERES DE MEDIO TIEMPO O DE RELEVO. PROMETO NOTIFICAR A LA COMPANIA SI CONTRATO OTROS CHOFERES. ESTOY CONSIENTE DEL HECHO QUE LA CONTINUACION DE MI SEGURO DEPENDE EN MI ACUERDO QUE ASI NOTIFICO.

LISTA DE VEHICULOS – SE TIENE QUE DETALLAR TODA LA INFORMACION DE LOS VEHICULOS. SI SON MAS DE TRES (3) VEHICULOS ANEXAR FORMATO DE FLOTILLA

COBERTURA	LIMITE	COBERTURA	LIMITE
RESPONSIBILIDAD CIVIL (VEHICULOS ENLISTADOS)	$	GASTOS MEDICOS	$2,000.00/$6000.00

NO.	ANO	MARCA Y MODELO	TIPO – CAPACIDAD	NUMERO DE SERIE	RADIO MAX. DE OPERACION	NUMERO DE PLACAS

ESTA SOLICITUD Y LA POLIZA QUE SEA EMITIDA, NO PROVEE COBERTURA DE MOTORISTAS SIN SEGURO PARA DANOS A PERSONA O DANOS MATERIALES O CUALQUIER OTRA COBERTURA QUE NO ESTE ESPECIFICADA EN LA PRIMA.

ENTIENDO Y ACEPTO EL RECHAZO DE LA COBERTURA DE LA PROTECCION DE DANOS A PERSONAS. ESTE RECHAZO APLICA A LA POLIZA EMITIDA Y A TODOS LOS ENDOSOS FUTUROS, Y VEHICULOS DE REEMPLAZO Y RENOVACIONES.

CERTIFICADO DE RESIDENCIA – SE ME HA EXPLICADO QUE ESTA POLIZA ES VALIDA SOLAMENTE PARA CIUDADANOS MEXICANOS O PERSONAS QUE RESIDEN EN MEXICO DE TIEMPO COMPLETO. HE PROPORCIONADO A MI AGENTE, PRUEBA DE MI RESIDENCIA Y CERTIFICO QUE SOY UN RESIDENTE DE TIEMPO COMPLETO EN MEXICO. ENTIENDO EN CUALQUIER MOMENTO QUE ESTABLEZCA QUE NO SOY UN RESIDENTE DE TIEMPO COMPLETO EN MEXICO, ESTE SEGURO NO SERA VALIDO Y NO PROVEE LAS COBERTURA EN LOS ESTADOS UNIDOS.

ESTA COBERTURA ES APLICABLE MIENTRAS QUE EL AUTO CUBIERTO ESTE EN LOS ESTADOS UNIDOS. SOLAMENTE CALIFICAN PARA ESTE PROGRAMA RESIDENTES DE TIEMPO COMPLETO EN MEXICO. ESTA COBERTURA NO APLICA, SEA MEDIO TIEMPO O TIEMPO COMPLETO, PARA RESIDENTES EN LOS ESTADOS UNIDOS. SI NO ES RESIDENTE DE TIEMPO COMPLETO EN MEXICO, ESTA COBERTURA QUEDARA ANULADA.

_____ FIRMA Y NOMBRE DEL ASEGURADO

_____ FECHA

_____ FIRMA Y NOMBRE DEL AGENTE

ESTA SOLICITUD Y POLIZA NO APLICA AL TRANSPORTE DE MATERIALES PELIGROSOS, EXPLOSIVOS O RADIOACTIVOS DEFINIDOS POR 49 CFR DE LA MOTOR CARRIER ACT DE 1980