



SOLICITUD DE COTIZACIÓN PÓLIZA CONTRA EL RIESGO DE INUNDACIÓN (FLOOD INSURANCE)

Productor o Agencia:		Email:		Teléfono:	
INFORMACIÓN DEL CLIENTE					
Nombre del asegurado(s):					
Tel. Residencial:		Tel. Celular		Tel. Trabajo	
Dirección Postal:			Correo electrónico:		
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Dirección Física:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD					
Fecha de construcción de la propiedad:			Si la propiedad ha sido sustancialmente mejorada en más de 50% indicar esa fecha:		
<input type="checkbox"/> Propiedad Residencial Principal <i>(Ocupada el 51% del año por asegurado o su esposa)</i>		<input type="checkbox"/> Propiedad Alquilada a Otros Desde: _____ (m/d/a) Hasta: _____ (m/d/a)		Número de Catastro (Parcel #):	
Zona:		Panel:		Indique si ha tenido pérdidas por inundación en los pasados 10 años: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondió que SI, favor indicar la(s) fecha(s) de pérdida: _____	
Fecha de Efectividad: _____ <i>Mes/ Día/ Año</i>		Número de Pisos:			
Indique si hay otras estructuras en los predios: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondió SI, ¿Cuál es su uso? _____		Descripción y uso del edificio: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <i>(Indicar tipo de Negocio)</i> _____			
<input type="checkbox"/> 1 Familia <input type="checkbox"/> 2-4 Familias <input type="checkbox"/> Otra Residencia (5 o más) <input type="checkbox"/> Townhouse <input type="checkbox"/> Unidad de Condominio					
<input type="checkbox"/> Si esta solicitud es en EXCESO debe proveer información de la Póliza Maestra: Aseguradora: _____					
Efectividad: _____ Límite total para el condominio: _____ Límite para la unidad: _____ % _____					
Descripción de la fundación del edificio: <input type="checkbox"/> Terrera <i>(on slab)</i> <input type="checkbox"/> Elevada en columnas <i>(piers, post)</i>		¿Indicar si el edificio tiene sótano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondió que SI, favor indicar su uso: _____		Condominio <input type="checkbox"/> Low Rise (5 pisos o menos) <input type="checkbox"/> High Rise (5 pisos o más)	
Si es Condominio de uso residencial (Póliza Maestra RCBAP) o una unidad de condominio, favor indicar el número de unidades que tiene el edificio: _____				Indicar si el edificio tiene Asociación de Condómines constituida: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Costo de Reemplazo (RC): \$ _____			Límite de Seguro/ Estructura: \$ _____		
Límite de Seguro/ Contenido: \$ _____ Contenido localizado en: <input type="checkbox"/> 1er piso <input type="checkbox"/> 1er y 2do piso <input type="checkbox"/> 2do piso <input type="checkbox"/> Sótano			¿Quién ocupa actualmente la residencia? <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Inquilino		
Información del acreedor:	Nombre del banco:		Número de préstamo:		Fecha de cierre:

AVISO IMPORTANTE- CONFORME A LA LEY NUMERO 18, DEL 8 DE ENERO DE 2004

"Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare más de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menos 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".

Favor de completar y enviar al correo electrónico: cotizacionesfl@usicgroup.com y/o al fax 787.625.0893.