



Nombre del Productor y/o Agencia General:

Teléfono y Correo electrónico del Productor y/o Agencia General:

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Titular (Favor indicar nombre completo del titular)		Teléfono Móvil:	
Dirección Postal del Titular:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Correo Electrónico:

INFORMACIÓN DE LA UNIDAD

Nombre del Condominio:		
Dirección Física de la Propiedad a Asegurarse:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de familias o inquilinos en la Unidad (Ocupación)	Fecha de Efectividad/Emisión (póliza)	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____ <small>MM DD Año MM DD Año</small>	
Nombre Acreedor Hipotecario (si aplica):		
Número de Préstamo (si aplica):		
¿Cómo cataloga la unidad?	Si indicó que es alquilada: ¿El contrato de arrendamiento es por 6 meses o más?	¿Ha tenido pérdidas en los pasados cuatro (4) años de \$5,000 o más?
<input type="checkbox"/> Residencia Principal <input type="checkbox"/> Residencia Secundaria <input type="checkbox"/> Alquilada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE CUBIERTA

Límite de Seguro: Estructura (Límites desde \$20,000 a \$300,000) \$ _____	Límite de Seguro: Contenido (Póliza básica incluye \$10,000. Límites desde \$10,000 hasta \$100,000) \$ _____	¿Incluir cubierta Costo de Reemplazo? (solo para CONTENIDO) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Límite Responsabilidad Personal (Básica incluida \$100,000) <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$200,000 <input type="checkbox"/> \$300,000 <input type="checkbox"/> \$400,000 <input type="checkbox"/> \$500,000	Límite Gastos Médicos (Básica Incluida \$1,000) <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$3,000 <input type="checkbox"/> \$4,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	Incluir Cubierta de Lesiones Personales (Personal Injury) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESTIMADO DE COSTO DE REEMPLAZO PÓLIZA HO-6

SECCIÓN DE VIVIENDA (Elementos Privativos)		SECCIÓN DE PROPIEDAD PERSONAL (Contenido)	
Pies cuadrados según escritura		Juegos de Sala y Comedor	\$
Número de habitaciones (sala, cocina, comedor, baños y habitaciones, etc.)		Muebles/Sofas/Sillas/Mesas	\$
Costo unitario/(ft2) del apartamento	\$	Juegos de Cuartos	\$
Gabinets de cocina ACTUALES	\$	Artículos de cocina	\$
Unidades A/C	\$	"Matresses"	\$
Enseres electrodomésticos adheridos a la estructura (Estufa, Nevera, Calentador, etc.)	\$	Ropa, Zapatos y Carteras	\$
Tormenteras	\$	Artículos/Utensilios de cocina	\$
Si desea incluir mejoras, favor especificar cuáles y el costo		Televisores/Equipos de música/CPUs/otros equipos electrónicos	\$
Mejora 1: _____	\$	Barbacoa movable	\$
Mejora 2: _____	\$	Accesorios decorativos (No cuadros u obras de arte)	\$
Mejora 3: _____	\$	Otros artículos personales (No joyas, drones u obras de arte)	\$
ESTIMADO COSTO DE REEMPLAZO* *Incluye Costo de Reemplazo sin prima adicional	\$ _____	ESTIMADO COSTO DE REEMPLAZO	\$ _____

LOCALIDADES ADICIONALES

(Para extender cubierta de Responsabilidad Personal y Gastos Médicos/Aplica prima adicional)

Localidad 1	Dirección Física			
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de Familias: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Localidad 2	Dirección Física:			
	Ciudad:	Estado	Código Postal	Número de Familias: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Localidad 3	Dirección Física			
	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Familias: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

PARA CUBIERTA DE ESTRUCTURA DE VIVIENDA: El propósito de este estimado es suministrar información para asegurar la propiedad en la póliza HO-6 CONFORME a esta declaración. El asegurado CERTIFICA por este medio que la información provista es cierta y correcta. Se apercibe al asegurado que conforme al artículo 27.170 del Código de Seguros de Puerto Rico "ninguna persona podrá rendir, presentar, ofrecer, participar o ayudar a rendir, presentar u ofrecer cualquier documento, dato, declaración o informe que sea falso para obtener una póliza de seguros. (2) Cualquier persona que a sabiendas incurra en los actos antes descritos se considerará que ha cometido fraude para los efectos de este capítulo." Se APERCIBE al asegurado que cualquier actuación de fraude puede anular la póliza. La aceptación de este estimado es preparada por el asegurado y aceptada voluntariamente por el asegurador, sin garantías de que los costos de reemplazo sean suficientes al momento de la pérdida.

PARA PROPIEDAD PERSONAL: Se debe incluir un costo aproximado del valor ACTUAL del contenido asegurado. La póliza está basada en un valor actual de reemplazo (costo de reemplazo menos depreciación). No obstante, por una prima adicional se puede asegurar por el costo de reemplazo (NO se considera la depreciación del bien asegurado).

Certificado en: _____, Puerto Rico Fecha: _____ Por: _____