

CONDUCTOR SIN SEGURO O CON SEGURO INSUFICIENTE EN ARIZONA FORMULARIO DE OFERTA DE COBERTURA

NO LO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO ATENTAMENTE.

Tiene derecho legal de comprar coberturas para conductores sin seguro y con seguro insuficiente con la póliza propuesta de responsabilidad civil de automóviles. ESTAS COBERTURAS LO PROTEGEN A USTED, A SU FAMILIA Y A SUS PASAJEROS. LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO LO CUBRE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.

El seguro de conductor sin seguro da protección contra lesiones causadas por un conductor negligente que no tenga seguro. El seguro de conductor con seguro insuficiente le da protección si el conductor negligente no tiene un seguro suficiente de responsabilidad civil para pagar las lesiones causadas. Para obtener más información de la cobertura, consulte su póliza. Esta póliza da cobertura para personas sin seguro o con seguro insuficiente por la misma cantidad que el límite de responsabilidad civil por lesiones corporales de la póliza, a menos que elija no tener cobertura como se indica en este aviso.

Tiene derecho de comprar tanto la cobertura de conductor sin seguro (UM) como la cobertura de conductor con seguro insuficiente (UIM) igual a \$25,000 por persona/\$50,000 por accidente o puede rechazar la cobertura por completo.

Oferta de cobertura de responsabilidad civil por		
<u>Acepta</u>	<u>Rechaza</u>	<u>Límites</u>
_____	_____	\$25,000/\$50,000

Oferta de cobertura de responsabilidad civil por		
<u>Acepta</u>	<u>Rechaza</u>	<u>Límites</u>
_____	_____	\$25,000/\$50,000

Entiendo que este formulario refleja la oferta de opciones de cobertura de Conductor sin seguro y Conductor con seguro insuficiente que se me hizo. Entiendo que se me enviará la hoja de declaraciones de mi póliza y que necesito revisarla para confirmar que refleja con precisión mi decisión de comprar los límites de cobertura indicados o rechazar la cobertura de conductor sin seguro o con seguro insuficiente. Reconozco que la elección de cualquiera de las opciones de arriba se aplica a mi póliza de seguro de responsabilidad civil y futuras renovaciones o reemplazos de dicha póliza que se emiten con los mismos límites de responsabilidad por lesiones corporales. Si decido elegir otra opción en el futuro, debo informar a la Compañía por escrito.

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO ATENTAMENTE

Firmado: _____
Nombre del asegurado

Fecha: _____

Se adjunta a la solicitud con fecha: _____

Número de póliza:

Nombre del solicitante:

**Número de identificación
de la aplicación:**

La versión en inglés de esta póliza es la que prevalece en caso de conflicto o de una interpretación diferente de la cobertura dada según esta póliza.