

FORMA DE SELECCIÓN DE SEGURO DE COBERTURA AUTOMOVILISTICA CONTRA CONDUCTORES NO ASEGURADOS Y SUBASEGURADOS (Arizona)

NO FIRME ESTA FORMA HASTA QUE HAYA LEÍDO TODO CUIDADOSAMENTE

Dentro de la póliza automovilística que se le propone aquí, usted tiene el derecho legal de comprar seguro que lo cubre contra conductores no asegurados o, subasegurados. LAS PÓLIZAS QUE CONTIENEN PROTECCIONES CONTRA CONDUCTORES NO ASEGURADOS O SUBASEGUADOS LO PROTEGEN A USTED, A SU FAMILIA Y A SUS PASAJEROS. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD ÚNICAMENTE NO ES SUFICIENTE.

Pólizas de seguro que contienen protección contra conductores no asegurados le disponen protección para Daños Corporales causados por un conductor negligente no asegurado.

Pólizas de seguro que contienen protección contra conductores subasegurados le disponen protección si la póliza del el conductor negligente no contiene cobertura suficiente de responsabilidad para pagar los Daños Corporales que se causen. Para mayor información y detalles de estos tipos de coberturas, consulte su póliza. Esta póliza le proporciona seguro de protección contra conductores no asegurados o subasegurados en la misma cantidad del límite de responsabilidad de Daños Coporales notados dentro la póliza, a menos que usted elija una cantidad menor, o ninguna cobertura como está declarado en este aviso.

Usted tiene el derecho de comprar ambas coberturas de protección contra conductores no asegurados y subasegurados en cualquier cantidad de protección empezando con \$30,000 por límite sencillo, (o en cantidades de \$15,000/\$30,000 en límites partidos) hasta satisfacer los límites de responsabilidad de la póliza, o puede rechazar las coberturas por completo. Ninguno de esos límites puede sobrepasar su cobertura de responsabilidad de Daños Corporales.

El límite de Daños Corporales de esta póliza es: _____.

Opciones disponibles de responsabilidad automovilística contra conductores no asegurados y subasegurados.

Limitaciones de Responsabilidad Contra Personas No Asegurados				Limitaciones de Responsabilidad Contra Personas Subasgurados			
Acepto	Rechazo	Límites	Costo	Acepto	Rechazo	Límites	Costo
_____	_____	\$ _____	\$ _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
No deseo comprar cobertura automovilística contra conductores no asegurados: _____ (iniciales)				No deseo comprar cobertura automovilística contra conductores subasegurados: _____ (iniciales)			

Yo entiendo y estoy de acuerdo que la selección de cualquiera de las opciones ofrecidas se aplicarán a mi póliza de responsabilidad. También entiendo y estoy de acuerdo que renovaciones o reemplazos en el futuro de dicha póliza serán emitidos a los mismos límites de responsabilidad de Daños Corporales. Si decido elegir otra opción en algún tiempo en el futuro, debo notificar a la compañía de seguros por forma escrita.

NO FIRME ESTA FORMA HASTA QUE HAYA LEÍDO TODO CUIDADOSAMENTE

Firma: _____ Fecha: _____

(Nombre De Asegurado)

Adjunto a esta solicitud el la fecha de: _____