

Formulario de Verificación de Seguros

CLIENTE: Por favor, introduzca su nombre en esta sección superior, por fax o enviar este formulario a su Auto Insurance Agent. Pídeles que llenarlo y enviarlo de vuelta a usted ni a nosotros antes de su furgoneta de alquiler. Gracias! ☺

Yo, _____, autorizo a mi agente de seguros o la empresa a revelar la la siguiente información a las conversiones SACRAMENTO VAN, Inc. para el propósito de me protege en caso de accidente. _____

AGENTE DE SEGUROS AUTO: El cliente que figura a continuación es alquilar un coche de esta oficina y a la luz del día de hoy cada vez cambiar las leyes de seguros y como cortesía a su cliente, le por favor, rellene este formulario y enviarlo por fax de nuevo a nuestro fax # 916-381-1946. Gracias.

Nombre de Renter : _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Auto Insurance Company : _____ Phone _____

Agente de Nombre de contacto : _____

Fax _____

En el caso de un accidente, ¿su cliente tiene la siguiente cobertura?

~ ¿Hay responsabilidad por las lesiones y daños a un tercero? SÍ o NO

~ ¿Cuál es el límite de responsabilidad? _____

• Lesiones corporales por persona \$ _____

• Lesiones corporales por accidente \$ _____

• Daños a la propiedad por accidente \$ _____

~ Will your company pay for damage done to my Rental Vehicle? SÍ o NO

~ ¿Paga la pérdida de uso? SÍ o NO

Póliza de Seguro de Auto Number _____

Póliza de Seguro de Auto Vencimiento / Cancelación Fecha _____

Auto Insurance Agent FIRMA _____