



**ANTILLES INSURANCE COMPANY**  
 PO Box 9023507, San Juan, PR 00902-3507

**Solicitud para Emitir Póliza de Seguro de Responsabilidad Obligatorio  
 Para Vehículos de Motor**

Fecha de Efectividad <small>Día / Mes / Año</small>		Fecha de Expiración <small>Día / Mes / Año</small>	
<b>Información Dueño del Vehículo</b>			
Nombre Completo:		Teléfono:	
Dirección:			
Email:			
<b>Información del Vehículo</b>			
Marca:	Modelo:	Año:	Registración:
Color:	Tablilla:	Vin:	
Agente de Seguros: <b>MULTIPLE INSURANCE ASSOCIATE CORP.</b> PO Box 5115 Caguas P.R. 00726-5115		Clasificación del Vehículo: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Comercial	*Prima:
Firma del Asegurado:	Fecha: <small>Día / Mes / Año</small>	Firma del Productor:	

Esta póliza ofrecerá las cubiertas requeridas por la Ley Núm. 253 de 1995: Ley de Seguro de Responsabilidad Obligatorio para Vehículos de Motor según enmendada.

**\*Esta póliza no se emitirá hasta tanto se haya pagado la prima en su totalidad.**

Antilles Insurance Company está para servirle y orientarle. Usted puede solicitar copia de la póliza o requerir más información llamándonos al 787-474-4900 o visitando nuestro sitio en la web:

