



BERARD

Agencia Aseguradora

**SOLICITUD DE COTIZACION
PERSONAS FISICAS**

FECHA DE SOLICITUD: _____

DATOS DEL CONTRATANTE

Contratante: _____
R. F. C. _____ C.P. _____
Edo. De circulacion: _____

CONDUCTOR

Conductor Habitual: _____
R. F. C. : _____

DATOS PARA COTIZACION

Cobertura: AMPLIA LIMITADA R C TERCEROS Forma de pago: _____
VALOR COMERCIAL (Recomendado) VALOR FACTURA, NO MAS DE 30 DIAS TOTAL \$ _____
Identificacion presentada IFE PASAPORTE
Numero de identificacion _____

DATOS DE LA UNIDAD

Marca: _____ Sub Marca _____
Version: _____
Comentario y/o daptaciones y conversiones: _____
Serie: _____ Placas: _____
Motor: _____ Modelo: _____

Nombre del solicitante: _____
Correo: _____
Telefono: _____ Cel.: _____ OTRO: _____