

LORD & CO. INSURANCE AGENTS

Presupuesto Para Nuevo Negocio Commercial

Fecha Recibida: _____ Recibida Por: _____
Informacion General: Fecha Efectiva: _____
Nombre de Negocio: _____ FEIN: _____
Presta Nombre (Si Aplica): _____
Tipo de Negocio: _____ Anos de Experiencia(Anos): _____
Direccion Fisica: _____ TX _____
Direccion de Correo: _____
Numero de Telefono: _____ Numero de Fax: _____ Correo Electronico: _____

Nombre de Dueno(s): _____ Socio: _____% Numero de Seguro: _____
Socio: _____% Numero de Seguro: _____
Cobertura Anterior: Si No Si "Si", nombre de compania: _____
Numero de Poliza: _____ Fecha Efecitva: _____ Costo: \$ _____
Reclamos en los ultimos 5 Anos anteriores: Si No Si "Si", provea detalles:

Informacion de Propiedad:

Año Construida: _____ Pies Cuadrados en Total: _____ Pies Cuadrados
Ocupados en Total: _____
Año de Remodelacion de: Alambrado _____ Plomeria _____ Calefaccion _____
Techo _____
Tipo de Construccion: Masonry Veneer Tilt Wall Metal Frame
 Otro: _____
Tipo de Techo: _____ Comp Metal Rollo Chapopote / Grava Otro:

Otros Ocupantes: Oficina Ventas Restaurant Servicio
Cercania de Estructuras / Distancia: Izquierda _____
Derecha _____ Hacia Atras _____
Valor del Edificio que sera Asegurado: \$ _____
Valor del Contenido: \$ _____ Valor del Inventario: \$ _____
Entrada Monetaria Mensual \$ _____ Sin Gastos Extras \$ _____
Periodo de Beneficios (meses): 3 6 12 Otro: _____
Compania de Arriendo o Benefeciario de Perdidas: Si No Si "Si" porfavor
prove el Nombre y Direccion: _____

Informacion General de Liability:

Ventas Anuales (presupuesto): \$ _____
Cantidad Pagado a Empleados Annual: \$ _____ Total No. de Empleados: _____
Resumen de Pagos (\$ or %): Duenos _____ Ventas _____
Administracion _____ Otros _____
Costo Total de Trabajo de Contratista: \$ _____
Estan Asegurados los Contratistas? Si No
Mantiene Ud. Certificados? Si No
Limites requeridos? \$500k agg \$1m agg \$2m agg Otro: \$ _____
Se requieren Asegurados adicionales? Si No
Si "Si" provea nombre (s) y direcciones: _____

Informacion de Auto Comerciales:

Danos Fisicos Seguro Minimo: 25/50 50/100 100/300 250/500
Danos a Propiedad: 25 50 100 250
o
CSL: 100 250 300 500 \$1M
Conductor No Asegurado Seguro Minimo: 25/50 50/100 100/300
 250/500
Danos a Propiedad: 25 50 100 250
o
UMCSL: 100 250 300 500 \$1M
Deducible Comprensivo: 250 500 1000
Vehiculos para Compania: 1 2 3
Deducible de Choque: 250 500 1000
Vehiculos para Choque: 1 2 3
Proteccion de Danos Personales: REUSA 1000 2500 5000 Otro:

Pagos Medicos: REUSA 1000 2500 5000 Otros: _____

Informacion de Vehiculo:

Vehiculo #1: Ano: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Valor: _____
Numero de Serie: _____ Valor de Equipaje Adjunto: \$ _____
GVW: _____ Area Usado: _____ Tipo de Remolque: _____
Uso: Comercial Ventas Servicio
Vehiculo #2: Ano: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Valor: _____
Numero de Serie: _____ Valor de Equipaje Adjunto: \$ _____
GVW: _____ Area Usado: _____ Tipo de Remolque: _____
Uso: Comercial Ventas Servicio
Vehiculo #3: Ano: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Valor: _____
Numero de Serie: _____ Valor de Equipaje Adjunto: \$ _____
GVW: _____ Area Usado: _____ Tipo de Remolque: _____
Uso: Comercial Ventas Servicio

Informacion de Conductores:

Conductor #1 Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No.de Licencia: _____
Infracciones o Accidentes? Si No Si "Si", provea detalles y fechas: _____

Conductor #2 Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No.de Licencia: _____
Infracciones o Accidentes? Si No Si "Si", provea detalles y fechas: _____

Conductor #3 Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No.de Licencia: _____
Infracciones o Accidentes? Si No Si "Si", provea detalles y fechas: _____

Conductor #4 Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No.de Licencia: _____
Infracciones o Accidentes? Si No Si "Si", provea detalles y fechas: _____

Comentarios: _____

Complete y mande esta forma por Fax a 940.387.6962.