



Business - Auto - Home - Life - Health

1212 N. Locust Street
Denton, TX 76201
940.382.9696 - Office

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:

Ano Construida: Pies Cuadrados en Total: Pies Cuadrados
Ocupados en Total:
Ano 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 Edificia 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
Lmites 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.