

**QUALITAS INSURANCE COMPANY**  
**ARIZONA - DOMESTIC**  
**APPLICATION FOR COMMERCIAL AUTOMOBILE LIABILITY COVERAGE**  
**SOLICITUD DE COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA VEHICULOS COMERCIALES**

**Applicant Information/ Información del Solicitante**

**Name of Applicant/Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**DBA (Doing Business As)/Nombre Comercial:** \_\_\_\_\_

**Garaging Address:** \_\_\_\_\_

*Domicilio donde se guarda el vehículo*

**P.O. Mailing Address:** \_\_\_\_\_

*Dirección Postal Para Recibir Correo*

**Phone Number/ Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Alternative Phone Number/ Número Telefónico Adicional:** \_\_\_\_\_

**Email/Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Website/ Sitio Web:** \_\_\_\_\_

**Agent Information/Información del Agente**

**Agent Name:** \_\_\_\_\_

*Nombre del Agente*

**Address:** \_\_\_\_\_

*Domicilio*

**Agent No.:** \_\_\_\_\_

*Número de Agente*

**INSURANCE APPLICATION SECTION/Sección Para Solicitud de Seguro**

**Coverage Requested/Coberturas Solicitadas**

Combined Single Limit (CSL)/Limite Unico y Combinado  \$750,000  \$1,000,000

Uninsured/Underinsured Motorist Coverage (UM): (see Selection/Rejection Form)

*Conductor sin Seguro (UM): (Véase formulario de Selección/ Rechazo).*

Medical Payments/ Gastos Médicos: \_\_\_\_\_

**Proposed Effective Date/Fecha de Vigencia Propuesta:**

From/ A Partir de: \_\_\_\_\_ to/hasta: \_\_\_\_\_

**DESCRIPTION OF OPERATIONS/Descripción de Operaciones**

1. Applicant is/Solicitante es: Individual/Individual  Partnership/Sociedad  Corporation/Corporación   
Joint Venture/Empresa en Participación  LLC/Sociedad Responsabilidad Limitada

Other/Otro: \_\_\_\_\_

**2. Description of operations:** \_\_\_\_\_

*Descripción de las operaciones*

# QUALITAS INSURANCE COMPANY

**3. How long has this operation been in business?** \_\_\_\_\_

*¿Cuánto tiempo lleva esta operación funcionando?*

**4. How many years of experience does your management have in the truck/transportation business?** \_\_\_\_\_

*¿Cuántos años de experiencia tiene su administración en el negocio de camiones/transporte?*

**Provide an explanation of their experience:** \_\_\_\_\_

*Proporcionar una descripción de su experiencia*

**5. Have you had any insurance canceled, declined or non-renewed in the last three (3) years?**

*¿Ha tenido algún Seguro cancelado, declinado o no-renovado en los últimos tres (3) años?* Yes/sí  No

**6. Has there been any change in the nature of operations, ownership, management or the name of the operation during the last five (5) years?** Yes/sí  No

*¿Ha habido algún cambio en el giro de sus operaciones, en los propietarios, en la administración o en el nombre del negocio durante los últimos cinco (5) años?*

**If yes, provide details:** \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione detalles.*

**7. Is the applicant a subsidiary of another entity, does the applicant have any subsidiaries or has the applicant operated under a different name?** Yes/sí  No

*¿Es el Solicitante una subsidiaria de otra entidad, tiene el solicitante subsidiarias, o ha operado el solicitante bajo un nombre distinto?*

**If yes, provide details:** \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione detalles.*

**8. Is there a formal safety program?** Yes/sí  No

*¿Existe un programa formal de seguridad (en la operación)?*

**If yes, provide details or a copy:** \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione detalles o una copia del programa.*

**9. List commodities transported:** \_\_\_\_\_

*Liste las mercancías transportadas*

**10. Do you transport any flammable or explosive chemicals or hazardous materials (including medical or contaminated waste)?** Yes/sí  No

*¿Transporta sustancias inflamables o químicos explosivos o materiales peligrosos (incluyendo residuos médicos o contaminantes)?*

**If yes, provide specific details:** \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione detalles específicos.*

**11. Radius of operations Intrastate only/Interstate:** \_\_\_\_\_

*Radio de operaciones intraestatales únicamente/ interestatal*

**12. List all States in which vehicles operate:** \_\_\_\_\_

*Liste todos los Estados en los que operan los vehículos*

**a. For all States, list largest Cities entered:** \_\_\_\_\_

*Para todos los Estados, liste las Ciudades principales a donde entran los vehículos*

**b. List farthest City entered from GARAGING ADDRESS:** \_\_\_\_\_

*Liste la Ciudad más lejana del domicilio donde se guarda el vehículo*

**13. Is your operation subject to time constraints when delivering the commodity? Yes/sí  No**

*¿Está su operación sujeta a limitaciones de tiempo en la entrega de mercancías?*

**14. Do you haul for others?/¿Transporta para otros?** Yes/sí  No

**If yes, indicate percentage and for whom:** \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, indique el porcentaje y para quién.*

# QUALITAS INSURANCE COMPANY

**15. Do you backhaul?**

Yes/Sí  No

*¿Ofrece transporte de retorno?*

**If yes, advise for whom and commodities transported:** \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, informe para quién y la mercancía transportada*

**16. Do you have a signed trailer interchange agreement?**

Yes/Sí  No

*¿Tiene un acuerdo de intercambio de remolque firmado?*

**17. Do you operate under a UIIA (Uniform Intermodal Interchange Association) contract?**

Yes/Sí  No

*¿Opera bajo un contrato UIIA (Asociación de Intercambio Uniforme Intermodal)?*

**If yes, provide a copy of the signed contract, cover letter and provide list of companies:**

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione una copia del contrato firmado, carta de presentación y proporcione la lista de compañías*

**18. Do any units have a special equipment, customizations or alterations?**

Yes/Sí  No

*¿Algunas de las unidades cuentan con equipo especial, personalizaciones o alteraciones?*

a. If yes, describe: \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione una descripción*

b. If a boom, how far does the collapsed length of the boom extend beyond the front or rear Bumper? \_\_\_\_\_

*¿En caso de auge de tráfico, que tan lejos se extiende la parte colapsada más allá de la defensa delantera o trasera?*

**19. Do you allow any unlisted drivers to drive your vehicles?**

Yes/Sí  No

*¿Permite conductores no autorizados conducir sus vehículos?*

**20. Do you allow passengers?**

Yes/Sí  No

*¿Permite pasajeros?*

If Yes, explain: \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, explique.*

**21. Are any vehicles or equipment loaned, rented or leased to others?**

Yes/Sí  No

*¿Tiene vehículos o equipo prestado, rentado o arrendado a terceros?*

If yes, explain: \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, explique.*

## DRIVER INFORMATION/INFORMACION DEL CONDUCTOR

**22. Is there a formal driver hiring procedure?**

Yes/Sí  No

*¿Existe un procedimiento formal de contratación para conductores?*

If yes, provide copy: \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione una copia.*

**23. Is there a formal driving training program?**

Yes/Sí  No

*¿Existe un programa de entrenamiento formal para conducir?*

If yes, provide copy: \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione una copia.*

**24. Do you: Perform employee drug and alcohol screening/testing?**

Yes/Sí  No

*Usted: ¿Realiza pruebas de detección de drogas y alcohol a sus empleados?*

**Perform criminal background checks?**

Yes/Sí  No

*¿Realiza verificaciones de antecedentes penales?*

**Have a "Good Driver" incentive program?**

Yes/Sí  No

*¿Tiene un programa de incentivos para el "Buen Conductor"?*

**Order driving records prior to allowing employees to drive?**

Yes/Sí  No

*¿Solicita registros del conductor antes de permitir a los empleados conducir?*

**25. Criteria for hiring drivers:**

*Criterios utilizados para la contratación de conductores*

# QUALITAS INSURANCE COMPANY

**Minimum age:** \_\_\_\_\_

*Edad mínima*

**Years of experience:** \_\_\_\_\_

*Años de experiencia*

**Describe standards:** \_\_\_\_\_

*Describa los estándares*

**26. Average driver turnover per year: \_\_%**

*Rotación promedio anual de conductores*

**Number of drivers hired in the past twelve (12) months: \_\_**

*Número de conductores contratados en los últimos doce (12) meses*

**27. Is there an accident review procedure?**

*¿Existe un procedimiento de revisión (análisis) de accidentes?*

Yes/Sí  No

**28. Are all drivers employees?**

*¿Son todos los conductores empleados?*

Yes/Sí  No

**29. How are drivers employed by you paid?**

*¿En qué forma son los conductores contratados por Ud. pagados?*

**Per Load/Por carga**     **Per Hour/ Por hora**     **Other/ otro:** \_\_\_\_\_

**30. Do you agree to screen and report all potential operators immediately upon hiring?**

*¿Usted acuerda verificar y reportar a todos los operadores potenciales inmediatamente después de su contratación?*

Yes/Sí  No

**31. Maximum number of hours driver will operate a vehicle in twenty-four (24) hour period: \_\_**

*Número máximo de horas en las que un conductor operará un vehículo dentro de un periodo de veinticuatro (24) horas*

**32. Are driver teams used?**

*¿Utiliza equipos (grupos) de conductores?*

Yes/Sí  No

**33. Are drivers assigned to specific units?**

*¿Son los conductores asignados a unidades específicas?*

Yes/Sí  No

**34. List below all drivers, owners/officers, partners currently employed as of the proposed effective date.**

*Liste a continuación a todos los conductores, propietarios/funcionarios, socios que trabajan a la fecha solicitada de inicio (de cobertura).*

**If a Non-Owned Auto is to be considered, you must list information for all employees currently employed by you:**

*Si un Auto no propiedad de Ud. es considerado, deberá incluir la información de todos los empleados que trabajan actualmente para Usted:*

**a. Driver's Name:** \_\_\_\_\_

*Nombre del conductor*

**b. D/C, Designation Code: O-Owner/Officer, P-Partner, E-Employee:** \_\_\_\_\_

*D/C Código de designación: O-Propietario/Funcionario, P-Socio, E-Empleado*

**c. Date of Birth:** \_\_\_\_\_

*Fecha de nacimiento*

**d. Driver's License No.:** \_\_\_\_\_

*Número de Licencia de conducir*

**e. State:** \_\_\_\_\_

*Estado*

**f. Class of License:** \_\_\_\_\_

*Tipo de Licencia*

**g. No. of Years Driving Similar Vehicles:** \_\_\_\_\_

*Número de años conduciendo vehículos similares*

**h. Length of Employment:** \_\_\_\_\_

*Tiempo trabajando como empleado*

# QUALITAS INSURANCE COMPANY

- i. **List Past Three Years of Accidents & Traffic Violations:** \_\_\_\_\_  
*Indique los accidentes y violaciones de tránsito durante los últimos tres años*

## VEHICLE INFORMATION/INFORMACION DEL VEHICULO

**35. Number of vehicles owned:**

*Número de vehículos de su propiedad*

- a. **Light/Ligero** \_\_\_
- b. **Medium/ Mediano** \_\_\_
- c. **Heavy/ Pesado** \_\_\_\_\_
- d. **Tractors/ Tractores** \_\_\_
- e. **Trailers/ Remolques** \_\_\_

**36. Number of vehicles leased:**

*Número de vehículos arrendados*

- a. **Light/Ligero** \_\_\_
- b. **Medium/ Mediano** \_\_\_
- c. **Heavy/ Pesado** \_\_\_\_\_
- d. **Tractors/ Tractores** \_\_\_
- e. **Trailers/ Remolques** \_\_\_

**37. Do you use double or triple trailers?**

Yes/Sí  No

*¿Ud. utiliza remolques dobles o triples?*

**If yes, what percentage of trips involves the use of multiple trailers? \_\_\_%**

*Si su respuesta es afirmativa; ¿Qué porcentaje de los viajes implica el uso de múltiples remolques?*

**38 Do all trailers have DOT-required reflective tape?**

Yes/Sí  No

*¿Todos los remolques cuentan con la cinta adhesiva reflectante requerida por el DOT?*

**39. Provide details on your vehicle maintenance program:** \_\_\_\_\_

*Proporcione detalles del programa de mantenimiento de vehículos*

**40. Are any vehicles owned, operated or leased that are not included in the vehicle schedule?**

*¿Hay vehículos de su propiedad, operados o arrendados que no estén incluidos en el listado de vehículos?*

Yes/Sí  No

**If yes, provide details:** \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione detalles.*

## PRIOR CARRIER AND LOSS EXPERIENCE SUMMARY/ COMPAÑÍA ANTERIOR Y RESUMEN DE PERDIDAS

**Include a minimum of three years currently valued company loss runs for all accounts. The following Prior Carrier and Loss Experience Section must be completed.**

*Incluir un mínimo de tres años de pérdidas de la empresa a valores actualizados para todas las cuentas. Deberá completar la siguiente sección referente a la Compañía de Seguros anterior y el historial de pérdidas.*

1. **Policy Period/Período de la póliza:** \_\_\_\_\_
2. **Prior Carrier/Compañía de Seguros anterior:** \_\_\_\_\_
3. **Policy No./Número de póliza:** \_\_\_\_\_
4. **Past Deductible Amount/Monto deducible anterior:** \_\_\_\_\_
5. **Liability Premium/Prima de Responsabilidad:** \_\_\_\_\_
6. **Liability Losses PAID /OPEN/ Pérdidas por Responsabilidad Civil PAGADAS/PENDIENTES** \_\_\_\_\_
7. **No. of Losses/Número de pérdidas** \_\_\_\_\_

# QUALITAS INSURANCE COMPANY

## FILING INFORMATION/PRESENTACION DE LA INFORMACION

**41. Do you hold an ICC/FHWA permit or UCRA/DOT registration?**

Yes/Sí  No

*¿Cuenta con un permiso ICC/FHWA o registro UCRA/DOT?*

**If yes, provide/Si su respuesta es afirmativa, proporcione:**

**US DOT No./Número DOT EU:** \_\_\_\_\_

**MC DOT No./Número DOT MC:** \_\_\_\_\_

**MC ENTERPRISE No./Número de Permiso MC Enterprise:** \_\_\_\_\_

**42. Do you let anyone borrow your permits?**

Yes/Sí  No

*¿Permite a terceros utilizar sus permisos?*

**43. State filing required?**

Yes/Sí  No

*¿Se requiere registrar con el Estado?*

**If yes, list States and provide necessary State motor carrier number, if applicable:** \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es afirmativa, indique los Estados y proporcione el número de transporte estatal, en su caso*

**44. Provide exact name and address as shown on application for filings, permits, certificates, etc.**

*Proporcione el nombre exacto y la dirección que se muestra en la solicitud para las notificaciones/reportes, permisos, certificados, etc.*

**45. Are there any special requirements needed for city permits, certificates of insurance, oversized and/or overweight permits?**

Yes/Sí  No

*¿Existen requisitos especiales necesarios para los permisos de la Ciudad, certificados de seguros, permisos de sobre carga y/o cargas mayores?*

## HIRED AUTO INFORMATION – COVERAGE SUBJECT TO AUDIT/ INFORMACION DE AUTO TOMADO EN ARRENDAMIENTO / COBERTURA SUJETA A AUDITORIA

**46. Do you require hired auto coverage?**

Yes/Sí  No

*¿Requiere contratar cobertura de auto tomado en arrendamiento?*

a. **Light/Ligero** \_\_\_ %

b. **Medium/Mediano** \_\_\_

c. **Heavy/Pesado** \_\_\_

d. **Tractors/Tractores** \_\_\_

e. **Trailers/Remolques** \_\_\_

**47. At any time will your employees, subcontractors, or owner/operators lease vehicles in your name?**

*¿En cualquier momento, sus empleados, subcontratistas, o propietarios/operadores, arrendarán vehículos bajo su nombre?*

Yes/Sí  No

**48. Do you arrange or dispatch loads for others, not including your own hired truckers?**

*¿Coordina da servicio de envío de carga para terceros, adicionalmente a sus propios transportistas contratados?*

Yes/Sí  No

**Explain/ Exlique:** \_\_\_\_\_

**Are you named on the Bills of Lading?**

Yes /Sí  No

*¿Está su nombre en el documento de transporte?*

**Annual number of truckers:** \_\_\_\_\_

*Número anual de transportistas*

**Loads:** \_\_\_\_\_

*Cargas*

# QUALITAS INSURANCE COMPANY

**49. Do you have motor carrier brokerage authority?**

Yes/Sí  No

*¿Cuenta Ud. con autorización/licencia para corretaje para autotransporte?*

**If yes, does the brokerage authority operate under the same name and motor carrier number as your trucking operation?**

Yes/Sí  No

*Si su respuesta es afirmativa, confirmar si la autorización de corretaje opera bajo el mismo nombre y número de autotransporte al de su propia operación.*

**What is your motor carrier brokerage number? \_\_**

*¿Cuál es su número de corretaje de autotransporte?*

**Whose name appears on the bill of lading as the carrier? \_\_**

*¿Qué nombre aparece en el documento de transporte como el transportista?*

**What is your brokerage revenue for the most recent twelve (12) months? \_\_**

*¿Cuál es su ingreso por corretaje de los últimos doce (12) meses?*

**Estimate next twelve (12) months: \_\_**

*Estimación de los próximos doce (12) meses.*

<p align="center"><b>NON-OWNED AUTO INFORMATION – COVERAGE SUBJECT TO AUDIT/ INFORMACION AUTOS NO PROPIEDAD DEL OPERADOR-COBERTURA SUJETA A AUDITORIA</b></p>
---

**50. Do you require non-ownership liability coverage?**

Yes/Sí  No

*¿Requiere cobertura de Responsabilidad Civil para vehículos de los que no tiene propiedad?*

**If yes, provide the following limit and coverage information:**

*Si su respuesta es afirmativa, proporcione la siguiente información de límites y cobertura.*

**Liability: Combined Single Limit: \$ \_\_**

*Responsabilidad Civil: Límite Único y Combinado*

**Uninsured Motorist: Limits Accepted: \_\_**

*Conductor no asegurado: Límites autorizados.*

**Medical Payments: Limits Accepted: \_\_**

*Pagos médicos: Límites autorizados.*

**51. Do you understand that we may audit your records, which might result in an additional premium?**

*¿Entiende Usted que podríamos auditar sus registros, de lo que se podría determinar una prima adicional?*

Yes /Sí  No

**52. Are any lessors or other entities to be added as additional insureds?**

*¿Hay arrendadores u otras entidades que se añadirán como asegurados adicionales?*

Yes/Sí  No

**If yes, list/Si su respuesta es afirmativa, liste a continuación:**

**a. Name/Nombre:** \_\_\_\_\_

**b. Vehicle/Vehículo:** \_\_\_\_\_

**c. Address/Domicilio:** \_\_\_\_\_

**d. Relationship/Interest/Relación/Interés:** \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>VEHICLE SCHEDULE/INFORMACION DE VEHICULOS</b></p>
--

**(Attach copies of the vehicle registration for all vehicles and explain if registration name is different from applicant's name.)**

*Anexar fotocopias del registro vehicular para todos los vehículos y explicar si el nombre en los registros es distinto al nombre del solicitante.*

**Vehicle No/Número de Vehículo:** \_\_\_\_\_

**Year/Año:** \_\_\_\_\_

**V.I.N. /Número de Identificación Vehicular:** \_\_\_\_\_

# QUALITAS INSURANCE COMPANY

**Make/Model/Type of vehicle/Marca/Modelo/Tipo de vehículo:** \_\_\_\_\_

**Manufacturing seating capacity/Capacidad de asientos establecido por el fabricante:** \_\_\_\_\_

**Radius/ Radio/alcance:** \_\_\_\_\_

**Farthest city/Ciudad más lejana:** \_\_\_\_\_

**License state/Estado emisor de la Licencia:** \_\_\_\_\_

**License plate no./Número de placas :** \_\_\_\_\_

**Gross Vehicle Weight/Peso bruto del vehículo:** \_\_\_\_\_

**Class/Clase de vehículo:** \_\_\_\_\_

**Use/Usos:** \_\_\_\_\_

## ***Important Notice/ Aviso importante***

**The undersigned declares to the best of his/her knowledge and belief that the above information is true and is the basis of the acceptance of the risk assumed by us. It is further agreed by the undersigned that the policy, if issued, is in reliance upon the truth of such representations. It is agreed that any changes in any material facts occurring prior to the effective date of coverage, which render the information provided herein untrue, incorrect or inaccurate in any way will be reported to us immediately in writing.**

*El que suscribe declara a su mejor leal saber y entender que la información anterior es correcta y es la base de la aceptación de los riesgos asumidos por nosotros. Asimismo, el que suscribe acuerda que la póliza, en caso de emitirse, está basada en la veracidad de tales representaciones. Acuerda adicionalmente que cualquier cambio material de los hechos que sean producidos antes de la fecha de vigencia de la cobertura que ocasionen que la información proporcionada en este documento sea falsa, incorrecta o inexacta, será reportado a nosotros de manera inmediata por escrito.*

**The undersigned understands that this policy does not provide coverage while the vehicle is in Mexico or operating outside its radius of operations. The undersigned further understands that any insurance provided in connection with this application will only cover the uninsured motorist bodily injury and medical payments limits selected in this application.**

*El que suscribe entiende que esta póliza no provee cobertura mientras su vehículo se encuentre en México u operando fuera de la distancia/radio de operaciones establecido. El que suscribe entiende que cualquier seguro proporcionado en relación con esta solicitud solo cubre las lesiones corporales del automovilista tercero no asegurado así como gastos médicos conforme a los límites elegidos en esta solicitud.*

**In connection with this application and subsequent renewals, we may request investigative reports, such as a credit report, about you or your business. Any information we collect about you or your business will be handled in a confidential manner. We reserve the right to share such information with affiliated third parties for certain purposes, including but not limited to, marketing, underwriting and administrative functions. Under certain circumstances, we also reserve the right to disclose such**



## QUALITAS INSURANCE COMPANY

information to non-affiliated third parties without obtaining prior authorization from you. You have the right to request and review the information we collect about you or your business, and you are entitled to correct any information which may be wrong. If you have questions about our information handling procedures, you may ask your agent or write to us at the address specified in your policy.

*En relación con esta solicitud y renovaciones subsecuentes, podríamos solicitar reportes de investigación, tales como reportes de crédito, sobre Usted o su negocio. Cualquier información que recopilemos sobre Usted o su negocio será manejada de manera confidencial. Nos reservamos el derecho de compartir dicha información con terceras personas afiliadas para ciertos propósitos, incluyendo más no limitado a, funciones de mercadeo, administrativas y de suscripción de riesgo. Bajo ciertas circunstancias, también nos reservamos el derecho de revelar dicha información a terceras personas no afiliadas sin antes obtener su autorización. Usted tiene derecho a solicitar y revisar la información que nosotros recopilamos sobre Usted o su negocio, y Usted tiene el derecho de corregir cualquier información que pudiera estar incorrecta. Si tiene preguntas relativas a nuestros procedimientos de manejo de información, puede preguntar a su agente o escribirnos a la dirección especificada en su póliza.*

### **FRAUD WARNINGS/ ADVERTENCIAS DE FRAUDE**

**ARIZONA: For your protection Arizona law requires the following statement to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is subject to criminal and civil penalties.**

*ARIZONA: Para su protección, la Ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en esta solicitud. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta relativa al pago de una pérdida o daño, será sujeta a sanciones penales y civiles.*

**CALIFORNIA: For your protection California law requires the following to appear on this form. Any person who knowingly presents false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in State prison.**

*CALIFORNIA: Para su protección, la Ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en esta solicitud. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta relativa al pago de una pérdida o daño, es culpable de un delito y puede ser sujeta a multas y confinamiento en una prisión Estatal.*

**TEXAS: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.**

*TEXAS: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta relativa al pago de una pérdida o daño, es culpable de un delito y puede ser sujeta a multas y confinamiento en una prisión Estatal.*

# QUALITAS INSURANCE COMPANY

## ACCEPTANCE OF THE APPLICATION/ ACEPTACION DE LA SOLICITUD

**Applicant's Name and Title** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Solicitante y Título*

**Applicant's Signature (Must be signed by an active owner, partner or executive officer.)**  
*Firma del solicitante (Debe ser firmado por un propietario en funciones, socio o funcionario ejecutivo)*

X \_\_\_\_\_

**Date/ Fecha** \_\_\_\_\_