

**PROGRAMA DE SEGURO DE BAJO COSTO PARA AUTOMÓVILES EN CALIFORNIA
SOLICITUD DEL SEGURO**

Las discrepancias lingüísticas que surjan de la traducción de la versión en idioma inglés de las secciones de las instrucciones de esta solicitud serán resueltas usando la versión en idioma inglés.

AVISO IMPORTANTE

Esta póliza no tiene vigencia hasta que su solicitud sea transmitida en forma electrónica al Plan por el agente o corredor. También deben cumplirse las siguientes condiciones: (1) Tanto usted como su agente o corredor deben firmar y fechar una solicitud correctamente llenada. (2) Su agente o corredor debe enviar la solicitud al Plan dentro de los dos días siguientes a completarla. Puede pedir que su agente o corredor transmita el documento en presencia suya para asegurarse de contar con cobertura inmediata, siempre y cuando se hayan cumplido los requisitos anteriores. Si los requisitos anteriores no se cumplen, su cobertura entrará en vigencia el día después de que la oficina del Plan reciba la solicitud. Puede pedir a su agente o corredor que le notifique cuando la cobertura entre en vigencia.

EL SOLICITANTE DEBE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Por favor marque en cada cuadro para indicar si cumple todos los requisitos de elegibilidad: SI USTED PRESENTA ESTA SOLICITUD Y NO CUMPLE CON TODOS ESTOS REQUISITOS, SU SOLICITUD SERÁ RECHAZADA Y NO SE PROPORCIONARÁ NINGUNA COBERTURA.

- El solicitante reside en uno de los condados elegibles.
- El ingreso anual del hogar antes de impuestos no debe pasar del 250% del nivel federal de pobreza.
- Debe tener por lo menos 19 años de edad y haber tenido licencia de conducir estadounidense o canadiense durante los últimos tres años, o durante 18 meses si la experiencia de manejo es un país extranjero.
- No más de una infracción en movimiento o accidente con daño a propiedad únicamente en el que el conductor haya tenido la culpa.
- Ningún accidente en el que sea culpable de causar daños corporales o muerte en los últimos 3 años.
- Ninguna condena por delito grave o delito menor que viole el código vehicular en los registros del Departamento de Vehículos Automotores (DMV).
- No es un estudiante universitario que figura como dependiente de otra persona con fines impositivos.
- No tiene ningún otro seguro de automóvil de responsabilidad civil más allá o además de esta póliza.
- El valor del vehículo no puede superar los \$20,000.00.
- No puede tener más de dos pólizas de bajo costo por persona aseguradas con el Programa de Seguro de bajo costo para automóviles en California.
- No puede haber otra cobertura de seguro de responsabilidad en el hogar. Sin embargo, puede adquirir cobertura por daño físico en cualquier compañía. También puede adquirir coberturas para conductor no asegurado y pagos médicos a través del Programa.

SECTION 1. PRODUCER OF RECORD

Producer Last Name/Agency Name		Producer First Name		MI	
DBA Name					
Mailing Address		Ste./Apt. #	City	State	Zip Code
Tax ID or Social Security #	Producer License #	Telephone #		Fax #	

SECTION 2. SIGNING PRODUCER

Complete if producer completing/signing this application differs from the Producer of Record.

Last Name	First Name	MI	Producer License #
-----------	------------	----	--------------------

SECTION 3. APPLICANT NAME

Last Name	First Name	MI	Home Telephone #	Business Telephone #	
Street Address		Ste./Apt. #	City	State	Zip Code
Mailing Address (if different from Street Address)		Ste./Apt. #	City	State	Zip Code

CAARP/California Low Cost Automobile Insurance Program
PO Box 7917
San Francisco, CA 94120-7917



Mail completed application, with check/money order and required attachments.

SECTION 4. HOUSEHOLD INFORMATION

Un "hogar" consiste de todas las personas que viven en una unidad de vivienda con lazos sanguíneos, matrimoniales, de adopción o tutoría (o sea, miembros de una familia). Si vive más de una familia en la misma vivienda, constituyen familias diferentes para los fines de la elegibilidad aunque residan en la misma dirección.

How many individuals live in your household? →

Include all family members even if they do not drive.

List all operators and residents of the household. For additional operators/residents, indicate in REMARKS.

Applicant's former addresses (past 3 years)

Street Address City State Zip Code

Name	Occupation	Annual Income	Birth Date MM/DD/YYYY	Sex	RS*	MS**	Driver's License #	State	Licensed 3 Years? If "No", give date Licensed
									Yes No
									Yes No
									Yes No
									Yes No
									Yes No

CODES

*RS = W-Wife, H-Husband, S-Son, D-Daughter, F-Father, M-Mother, B-Brother, SI-Sister, I-In-law, G-Grandparent, GC-Grandchild, A-Aunt, U-Uncle, C-Cousin, P-Domestic Partner, *(For relationships not listed, indicate in Remarks)*

**MS = S-Single, M-Married, P-Domestic Partnership

Applicant's Occupation	Nature of Business	Employer's Name
Employer's Street Address	City	State Zip Code

SECTION 5. VEHICLE INFORMATION

Year	Make	Model
Vehicle Identification #	Registered Owner's Last Name	First Name
Purchased Mo./Yr.	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Used	Current Value of Vehicle
Principal Address of Garaging	Applicant address as it appears on registration, if different from Sec 3	State Registered In

Durante los **tres años** anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza:

- ¿Ha participado en un accidente que cause lesiones corporales o muerte en que la principal culpa sea de usted? Sí NO
- ¿Ha participado en un accidente en que la principal culpa sea de usted que cause sólo daños a la propiedad? Sí NO
- ¿Ha participado en un accidente en que se haya considerado que usted no tuvo la culpa? Sí NO

SECTION 6. COVERAGES**INSTRUCTIONS**

- Indicate Applicant's County of Residence
- Check Boxes for Requested Coverage
- Indicate Premium Amount for the County of Residence *
- Indicate Total Policy Premium Amount

COUNTY OF RESIDENCE →			INDICATE PREMIUM AMOUNT ⇄
Bodily Injury Liability \$10,000 Each Person / \$20,000 Each Accident	<input checked="" type="checkbox"/>	Required Coverage	
Property Damage Liability \$3,000 Each Accident			
Medical Payments \$1,000	<input type="checkbox"/>	Optional Coverage	
Uninsured Motorist Coverage – Bodily Injury \$10,000 Each Person / \$20,000 Each Accident	<input type="checkbox"/>	Optional Coverage	
Youthful Unmarried Male (19-24 yrs) - 25% Surcharge	<input type="checkbox"/>	Check Only if Applicable	
* Las tarifas vigentes rigen a partir de la fecha al final de la solicitud.	TOTAL POLICY PREMIUM →		

SECTION 7. PAYMENT PLANS **GROSS DEPOSIT PREMIUMS MUST BE SUBMITTED WITH APPLICATION**

<input type="checkbox"/> Full Annual Premium <input type="checkbox"/> Deposit premium (\$125 ó 25%, lo que sea mayor, el saldo se vence en 30 días) <input type="checkbox"/> Option 1-Plan a plazos – Depósito de \$100 más 6 pagos cada dos meses – Sin intereses, cargo de \$4.00 por cada pago a plazos. <input type="checkbox"/> Option 2-Plan a plazos – Depósito de \$125 ó 25% lo que sea mayor, más 5 pagos cada dos meses – Sin intereses, cargo de \$4.00 por cada pago a plazos.. <input type="checkbox"/> Option 3-Plan a plazos – Depósito de 15% de la prima total más 6 pagos cada dos meses – Sin intereses, cargo de \$4.00 por cada pago a plazos.	Deposit Amount <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80px; margin: 0 auto;">\$</div>
--	---

SECTION 7.A DEPOSIT PAYMENT **Indicate Total Deposit Amount Received from Applicant:** \$

Payment Submitted: Producer/Agency Check Applicant Check Money Order Check/M.O. #:

If Producer Check, did Applicant pay Producer by: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Personal Check <input type="checkbox"/> Money Order	Was Receipt Provided to Applicant? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
---	---

SECTION 8. FINANCIAL RESPONSIBILITY (Complete if applicant or other eligible operator is required to file evidence of financial responsibility but still meets the good driver requirements of this policy.)

Name	Case/File #
------	-------------

Relationship to Applicant	Resides with Applicant Yes No	State where Filing required	Reason for Filing
---------------------------	----------------------------------	-----------------------------	-------------------

La presentación SR22/1P de esta póliza de bajo costo para automóvil se expide por cobertura del dueño, según los artículos 5.5 §11629.8 y §11629.91 del Código de Seguros de California

SECTION 9. INSURANCE RECORD

Name of applicant's last company	Policy #	Termination date
----------------------------------	----------	------------------

Give Reason Terminated

Is there a policy currently in effect for the vehicle being insured on this application? Yes No

Are any other vehicles owned by any member of household? Yes No If "Yes", give name of insurer and attach copy of declaration page.

SECCIÓN 10. COBERTURA DE LOS ACTOS DE CONDUCTORES SIN SEGURO: CALIFORNIA

EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA: El Código de Seguros de California exige que la aseguradora suministre cobertura de conductores sin seguro en todas las pólizas de seguro de responsabilidad por daños corporales que expida que cubra la responsabilidad que surja de la propiedad, el mantenimiento o el uso de un vehículo motorizado. Estas disposiciones también permiten que la aseguradora y el solicitante excluyan la cobertura completamente o excluyan la cobertura cuando un vehículo motorizado es operado por una persona física designada por nombre. La cobertura contra conductores sin seguro cubre al asegurado, a sus herederos o sus representantes legales por todos los montos dentro de los límites establecidos por la ley, los cuales dichas personas tengan derecho a recuperar por ley en concepto de compensación por daños corporales, incluyendo enfermedades resultantes o muerte, causados al asegurado por el propietario u operador de un vehículo automotor sin seguro que no sea de propiedad de u operado por el Asegurado o un residente del mismo hogar. Un vehículo motorizado sin seguro incluye a los vehículos motorizados infrasegurados según se define en la subdivisión (p) de la sección 11580.2 del Código de Seguros.

No obstante los montos de cobertura requeridos por la Sección 11580.2 y la Sección 16056 del Código Vehicular de California, la cobertura por daños corporales causados por conductores sin seguro expedida en conjunto con la póliza de seguro de bajo costo para automóviles (Low Cost Auto Policy) con límites de cobertura que sean como mínimo iguales a los límites de responsabilidad de la póliza de seguro de bajo costo para automóviles subyacente, será suficiente para cumplir los requisitos de la Sección 11580.2 del Código de Seguros de California y los de responsabilidad financiera de las Secciones 4000.37, 16021, y 16431 del Código Vehicular de California.

SECCIÓN 11. RECHAZO DE COBERTURA CONTRA CONDUCTORES SIN SEGURO

Entiendo que, si rechazo la cobertura contra conductores sin seguro y resulto lesionado por una persona que conduce sin seguro para vehículos motorizados, es posible que no pueda recuperar ningún monto de dinero significativo para cubrir los costos de mis lesiones. En el día de hoy solicité cobertura bajo una póliza de seguro de responsabilidad para automóviles, y la compañía que suministra dicha cobertura y yo hemos acordado excluir de dicha póliza de seguro la cobertura contra conductores sin seguro.

X _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M. P.M.
 Firma del Solicitante

El rechazo del seguro indicado por el acuerdo anterior obligará a cualquier asegurado a quien se aplique dicha póliza o endoso de la misma mientras dicha póliza se encuentre vigente, y seguirá obligando en relación a cualquier continuación, renovación o reemplazo de dicha póliza por parte del asegurado nombrado, o con respecto al restablecimiento de dicha póliza dentro de 30 días posteriores a cualquier caducidad de la misma.

NO FIRME ESTE ACUERDO A MENOS QUE LO HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO.

SECCIÓN 12. SOLICITANTE – SU FIRMA EN ESTA SOLICITUD CERTIFICA LO SIGUIENTE (NO FIRME SIN LEER)

Por la presente certifico bajo pena de cometer perjurio que yo:

1. he sido informado de mi derecho a elegir las opciones de Plan de pago de LCA que se describen en la Sección 7 de esta solicitud.
2. me comprometo a pagar todas las primas al momento del vencimiento y a designar al individuo mencionado más adelante como agente/corredor del registro para este seguro;
3. entiendo que si adeudo dinero por una póliza LCA (de seguro automotriz de bajo costo, según la abreviatura en inglés) anterior que no he apelado formalmente ante el Comisionado de Seguros de California, el dinero que entrego con la presente solicitud para una nueva póliza LCA se aplicará a esa póliza anterior, y que no tengo derecho a un reembolso del dinero que entrego con esta solicitud, aunque la cobertura para esta nueva póliza finalice, hasta que haya pagado completamente el monto debido por todas las pólizas LCA actuales y anteriores;
4. entiendo que el agente/corredor no actúa como agente de ninguna compañía para los fines de este seguro;
5. entiendo que ninguna cobertura tendrá vigencia si mi envío de la prima es rechazado en forma justificada por la institución financiera;
6. enviaré un cheque, un giro o una transferencia bancaria del solicitante o productor registrado, como lo indique la aseguradora, por el saldo de la prima total de la póliza, dentro de los 30 días de ser notificado, o si he hecho esa selección en las opciones 1, 2 ó 3 de la Sección 7 de esta solicitud, para hacer pagos según lo especifica la reglamentación del plan de pago de LCA (Artículo 26);
7. certifico que esta solicitud fue escrita y firmada en la fecha que se indica;
8. entiendo que cualquier información engañosa, o el ocultamiento de información requerida, será considerado de mala fe de mi parte y perjudicará mi solicitud de seguro; y mi solicitud podrá ser rechazada sin que se suministre ninguna cobertura;
9. certifico que a mi leal saber y entender, todas las declaraciones contenidas en esta solicitud son correctas;
10. autorizo al administrador de LCA o a la aseguradora asignada a ponerse en contacto con la agencia o individuo adecuado a fin de verificar mis ingresos;
11. he leído, comprendido y cumplido todos los requisitos de elegibilidad que figuran en la primera página de esta solicitud.

X _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M. P.M.

Firma del Solicitante

SECCIÓN 13. PRODUCTOR – SU FIRMA CERTIFICA LO SIGUIENTE

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que he hecho personalmente todas las preguntas de esta solicitud al solicitante y he anotado con exactitud cada una de las respuestas del solicitante. **Además, certifico que se adjuntan (1) una fotocopia legible de las licencias del solicitante y de todos los conductores, (2) el registro del vehículo o prueba de propiedad. Y (3) la declaración de impuestos estatales o federales del año anterior u otra prueba confiable de una agencia gubernamental u otro programa de comprobación de medios de vida de ingreso anual por familia de los solicitantes.** Certifico que esta solicitud se presenta de acuerdo con las disposiciones de la fecha de vigencia del Plan de California. Si la póliza se cancela o si se realiza un cambio que dé como resultado la devolución de la prima al asegurado, me comprometo a devolver la parte de dicha prima que no corresponda a comisiones ganadas. La información contenida en la presente es exacta a mi leal saber y entender.

X _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M. P.M.

Firma del Productor

SECTION 14. EVIDENCE OF INSURANCE AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE

NOTA: En caso que no aparezca un franqueo de la oficina postal de Estados Unidos (y el sello medido no es un franqueo), la cobertura tendrá vigencia a más tardar a las 12:01 a.m. al día siguiente del recibo por la oficina del plan.

Requested Effective Date and Time:

Example: 09/ 01/2003 11:30 AM

ELECTRONIC EFFECTIVE DATE REFERENCE NUMBER REF #

(Only required if using EEDP in lieu of EASI submission)

EN NINGÚN CASO TENDRÁ VIGENCIA LA COBERTURA ANTES DE LA FECHA Y HORA EN QUE SE COMPLETE ESTA SOLICITUD.

SECCIÓN 15. AVISO ACERCA DE LA LEY DE INFORME DE CRÉDITO JUSTO

Además de la verificación de información de rutina que sea pertinente para el seguro solicitado, si la solicitud es realizada por un individuo con fines personales o familiares, la aseguradora a la que se le asigne puede requerir una investigación de consumidor que incluya información sobre el carácter, la reputación general, las características personales y el modo de vida y, tras un pedido escrito del individuo, divulgará por escrito la naturaleza y el alcance de la investigación solicitada, si se obtiene tal informe.

SECCIÓN 16. ES ILEGAL COBRAR HONORARIOS

El artículo 11624.5 del Código de Seguros de California establece: Ningún agente, corredor o procurador de seguros podrá cobrar, en forma directa o indirecta, por suministrar a una persona los formularios de solicitud necesarios, la asistencia técnica y los servicios necesarios para completar una solicitud a través del Plan más allá de la comisión que pague la aseguradora de acuerdo con las disposiciones de tal Plan.

TODA PERSONA QUE INTENCIONADAMENTE COMPLETE UNA SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO DE UN VEHÍCULO MOTORIZADO QUE INDIQUE QUE EL SOLICITANTE RESIDE O TIENE DOMICILIO EN UNO DE LOS CONDADOS APROBADOS CUANDO, EN REALIDAD, EL SOLICITANTE RESIDE O TIENE DOMICILIO EN UN CONDADO QUE NO ESTÁ AÚN APROBADO POR ESTE PROGRAMA, ESTÁ SUJETO A SANCIONES PENALES.

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS O CONFINAMIENTOS EN UNA PRISIÓN ESTATAL.

Los productores deben presentar su número de identificación impositiva del IRS o número de Seguro Social para que las aseguradoras puedan preparar el Formulario 1099 por los montos de comisiones pagadas al productor. Si el productor no da su número de Seguro Social o su número de identificación impositiva, el asegurador puede demorar el pago de la comisión hasta tanto se suministre el número de identificación adecuado.

Se requiere que los solicitantes presenten su número de Seguro Social para que se puedan verificar los ingresos. Los artículos 11629.73 del Código de Seguros de California establecen requisitos de elegibilidad de ingresos que deben cumplirse para comprar una póliza de seguro de bajo costo para automóviles. Los artículos 11629.74 del Código de Seguros de California establecen que, a fin de demostrar elegibilidad financiera, un solicitante debe presentar una copia de la declaración de impuestos federal y estatal del solicitante correspondiente al año anterior u otra prueba confiable de una agencia gubernamental o de un programa gubernamental de comprobación de medios de vida de los ingresos anuales familiares brutos del solicitante. Los solicitantes que no suministren un Número de Seguro Social pueden considerarse no elegibles para adquirir una póliza de seguro de automóviles de bajo costo.

NOTA: Después que se le asigne un número de referencia de EASi y antes de que envíe por correo la solicitud al plan debidamente llenada y firmada, no se le permite alterar ni cambiar de manera alguna la información de la solicitud. Por favor consulte los Procedimientos de Retracción que se incluyen en el manual del plan si necesita retraer una solicitud presentada por medio de EASi.

ANEXOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copia de la licencia de conducir del solicitante y todos los conductores | <input type="checkbox"/> Pago de la prima de depósito |
| <input type="checkbox"/> Copia de la licencia de conducir de un país extranjero si sólo tiene 18 meses de experiencia conduciendo en EUA/Canadá | <input type="checkbox"/> Documentos de verificación de ingresos |
| <input type="checkbox"/> Copia del registro del vehículo o prueba de propiedad | <input type="checkbox"/> Copia de la página de declaración por otros vehículos de los que sea propietario |

COMENTARIOS

Empty box for comments.

Las quejas de las compañías, agentes o corredores de seguros pueden dirigirse a California Department of Insurance, Consumer Services Division al 800-927-HELP (4357).

AVISO

LA COBERTURA DE SEGURO SUMINISTRADA EN LA PÓLIZA QUE USTED ESTÁ ADQUIRIENDO CONTIENE COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL REDUCIDA POR LESIONES PERSONALES Y DAÑO A LA PROPIEDAD COMO RESULTADO DE LA OPERACIÓN DEL VEHÍCULO ASEGURADO. SI LAS PÉRDIDAS POR UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO EXCEDEN LA COBERTURA SUMINISTRADA POR ESTA PÓLIZA, USTED PUEDE SER RESPONSABLE PERSONALMENTE POR DICHAS PÉRDIDAS.

ESTA PÓLIZA SUMINISTRA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LESIONES O MUERTE CAUSADAS A OTRAS PERSONAS POR UN MONTO TOTAL DE DIEZ MIL DÓLARES (\$10,000) POR PERSONA EN UN ACCIDENTE, Y HASTA UN MONTO TOTAL DE VEINTE MIL DÓLARES (\$20,000) POR TODAS LAS PERSONAS EN UN ACCIDENTE. ESTA PÓLIZA TAMBIÉN LE SUMINISTRA HASTA UN MONTO TOTAL DE TRES MIL DÓLARES (\$3,000) EN COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑO A LA PROPIEDAD EN UN ACCIDENTE.

SI DESEA MAYOR COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DEBERÁ SOLICITAR UNA PÓLIZA DIFERENTE. ESTA PÓLIZA TAMPOCO CUBRE LOS DAÑOS A SU PROPIO VEHÍCULO, LAS PÉRDIDAS RESULTANTES DE SUS DAÑOS CORPORALES O MUERTE, O DAÑOS Y PÉRDIDAS A LA PROPIEDAD CAUSADOS POR UN CONDUCTOR SIN SEGURO O INFRAASEGURADO. SIN EMBARGO, ESTAS OTRAS COBERTURAS PUEDEN ESTAR DISPONIBLES CON COSTO ADICIONAL POR MEDIO DE OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS.

ESTA PÓLIZA TAMBIÉN PUEDE INCLUIR COBERTURA POR DAÑOS CORPORALES CONTRA CONDUCTORES SIN SEGURO POR UN MONTO TOTAL DE DIEZ MIL DÓLARES (\$10,000) POR PERSONA EN UN ACCIDENTE Y POR UN MONTO TOTAL DE VEINTE MIL DÓLARES (\$20,000) POR TODAS LAS PERSONAS EN UN ACCIDENTE, SI ASÍ LO ESCOGE. ASIMISMO, ESTA PÓLIZA PUEDE INCLUIR COBERTURA POR PAGOS MÉDICOS POR UN MONTO DE MIL DÓLARES (\$1,000) POR PERSONA EN UN ACCIDENTE, SI LO ESCOGE.

ESTA PÓLIZA NO CUBRE A NINGÚN OTRO CONDUCTOR DE SU FAMILIA QUE:

- (a) TENGA MENOS DE 19 AÑOS DE EDAD; O
- (b) TENGA MENOS DE 3 AÑOS DE EXPERIENCIA CONTINUA COMO CONDUCTOR CON LICENCIA; O
- (c) TENGA UNO DE LOS SIGUIENTES O AMBOS: UN ACCIDENTE CON DAÑO A LA PROPIEDAD ÚNICAMENTE EN EL QUE EL CONDUCTOR SEA EL PRINCIPAL CULPABLE. UN PUNTO POR UNA INFRACCIÓN EN MOVIMIENTO; O
- (d) EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS HAYA SIDO CULPABLE DE UN ACCIDENTE QUE INVOLUCRE DAÑOS CORPORALES O MUERTE; O
- (e) TENGA UNA CONDENA POR DELITO GRAVE O DELITO MENOR POR UNA INFRACCIÓN DEL CÓDIGO VEHICULAR EN SU REGISTRO AUTOMOTOR.

X _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M. P.M.
Firma del Solicitante

CALIFORNIA LOW COST AUTOMOBILE INSURANCE PROGRAM

PRIVACY WAIVER


The undersigned waives the privacy benefit of sections 1094 and 1095 of the California Unemployment Insurance Code and the California Information Practices Act (California Civil Code Section 1798, et seq.) for a period not to exceed 30 days from the date this waiver is signed.

The undersigned authorizes Employment Development Department to furnish or verify confidential employment information about the subject person or employer to the request identified below, for the purposes also stated below.

EMPLOYER/EMPLOYEE/CLAIMANT INFORMATION (PLEASE PRINT OR TYPE)

Name:		Valid CA Drivers Lic.#
Mailing or Street Address:		SSN — Only if no Valid CDL #
City:	State:	Zip Code:
Employer Name:		State Employer ID No.:
NAME AND TITLE, IF APPLICABLE (Owner, Partner, Corporate Officer Or Other Authorized Person)		
Mailing or Street Address:		
City:	State:	Zip Code:
Telephone No.:		FAX No.:
Signature (must match name listed above):		Date:

REQUESTER INFORMATION (Include all names authorized to receive confidential information)

Requesters Name, (first, last/MI): RICHARD J. MANNING		Telephone No.: 415-765-6767
Organization or Company Name: CALIFORNIA AUTOMOBILE ASSIGNED RISK PLAN		
Mailing or Street Address: 595 Market St., Suite 1250		
City: San Francisco	State: CA	Zip Code: 94105
Signature (must match name listed above): 		Date:

PURPOSE OF THIS REQUEST (Request must be included)

Verification of Income

*California Insurance Code Section 11629.73 establishes income eligibility requirements, which must be satisfied for the purchase of a low cost automobile insurance policy. California Insurance Code Section 11629.74 provides that, to demonstrate financial eligibility, an applicant shall present a copy of the applicant's federal or state income tax return for the previous year or other reliable evidence from a government agency or governmental mean-tested program of the applicant's gross annual household income. Applicants who do not currently possess a valid California Drivers License must provide their Social Security Number to allow for verification of income. Applicants who provide neither a California Drivers License Number nor a Social Security Number may be found to be ineligible to purchase a low cost automobile insurance policy.