

# SOLICITUD SEGUROS PATRIMONIALES



**Aseguradora Solidaria**  
de Colombia

NIT. 860.524.654-6

LAS PARTES SOMBREADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA.

CLASE DE VINCULACIÓN:	TOMADOR <input checked="" type="radio"/> ASEGURADO <input type="radio"/>	FECHA DE SOLICITUD	RAMO
		03/05/2012	Cumplimiento
NOMBRE DEL INTERMEDIARIO	CLAVE	TIPO	AGENCIA
Martha Leticia Zúñiga y Cia	3264	AGENTE <input type="radio"/> CORREDOR <input type="radio"/> AGENCIA <input type="radio"/>	ASL

DATOS DEL TOMADOR - AFIANZADO			
TIPO DE DOCUMENTO	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y nombres)		
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NIT <input checked="" type="radio"/> No. 316.002259-1	Fundación de Amigos de Colombia		
DIRECCIÓN	TELÉFONO CELULAR	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
9122#10-14	314755756	PEREIRA	RISARALDIA

INFORMACIÓN TÉCNICA			
RAMO	CUMPLIMIENTO ESTATAL <input checked="" type="radio"/>	CUMPLIMIENTO DISP. LEGALES <input type="radio"/>	JUDICIAL <input type="radio"/>
			CUMPLIMIENTO PARTICULAR <input type="radio"/>
			RESPONSABILIDAD CIVIL <input type="radio"/>
¿OTRO? <input type="radio"/> DETALLE: _____			

VIGENCIA	TIPO DE NEGOCIO	
EMPIEZA A LAS 23:59 HORAS DEL	100 %	COMPañía <input type="radio"/>
DÍA MES AÑO	COASEGURO:	CEDIDO <input type="radio"/> ACEPTADO <input type="radio"/>
ASEGURADO	NIT ASEGURADO	CLASE DE NEGOCIO
		CONTRATO DE OBRA <input type="radio"/> PRESTACION DE SERVICIOS <input type="radio"/>
DIRECCIÓN	CIUDAD	MANTENIMIENTO <input type="radio"/> SUMINISTROS <input type="radio"/>
		¿OTRO? <input type="radio"/> DETALLE: _____
BENEFICIARIO	NIT BENEFICIARIO	TELÉFONO

CONTRAGARANTÍAS			
TIPO DE GARANTÍA	DETALLE:		
PAGARÉ <input checked="" type="radio"/>	Alba Thelma Torres A.		
NOMBRE DE QUIEN FIRMA EL PAGARÉ	REPRESENTANTE LEGAL	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Nº. DOCUMENTO 91.475.396	DIRECCIÓN 91/22 #10-14	TELÉFONO: 314755756	

REFERENCIA COMERCIAL AFIANZADO				
ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR

REFERENCIA PERSONAL AFIANZADO				
NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR

FORMA DE PAGO			
PAGO TOTAL <input type="radio"/>	VALOR		
ACUERDO DE PAGO <input type="radio"/>	PAGO INICIAL		
EFFECTIVO <input type="radio"/>			
TARJETA DÉBITO <input type="radio"/>	Nº.	BANCO: _____	
TARJETA CRÉDITO <input type="radio"/>	Nº.	BANCO: _____	
CHEQUE <input type="radio"/>	Nº.	BANCO: _____	
CRÉDITO PERSONAL <input type="radio"/>	ENTIDAD FINANCIERA		

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). La presente solicitud de seguro no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) relacionados en la misma, por lo tanto el recibo de esta solicitud no genera ningún tipo de contrato, obligación o responsabilidad por parte de la misma. Esta solicitud se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo(s) su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción y por la manifestación de aceptación del solicitante.