

SOLICITUD SEGUROS PATRIMONIALES

LAS PARTES SOMBRADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

CLASE DE VINCULACIÓN : TOMADOR <input checked="" type="radio"/> ASEGURADO <input type="radio"/>	FECHA DE SOLICITUD DÍA 08 MES 03 AÑO 2013	RAMO Cumplimiento
NOMBRE DEL INTERMEDIARIO Hertha Lora Zúñiga y Cia	CLAVE 326X	AGENCIA 106
TIPO AGENTE <input type="radio"/> CORREDOR <input type="radio"/> AGENCIA <input checked="" type="radio"/>		

DATOS DEL TOMADOR - AFIANZADO			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NIT <input checked="" type="radio"/> No. 816002259-1	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y nombres) Florez		
DIRECCIÓN Cil 44 # 75-50	TELÉFONO CELULAR 3435455	CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá	DEPARTAMENTO Cundinamarca

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

CONTRAGARANTÍAS	
TIPO DE GARANTÍA PAGARÉ <input checked="" type="radio"/>	¿OTRO? <input type="radio"/> DETALLE: _____
NOMBRE DE QUIEN FIRMA EL PAGARÉ Abando Flores Guevara	REPRESENTANTE LEGAL SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Nº. DOCUMENTO 4.538458	DIRECCIÓN _____ TELÉFONO: _____

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"/>	Nº. _____ BANCO: _____
TARJETA DÉBITO <input type="radio"/>	Nº. _____ BANCO: _____
TARJETA CRÉDITO <input type="radio"/>	Nº. _____ BANCO: _____
CHEQUE <input type="radio"/>	ENTIDAD FINANCIERA _____
CRÉDITO PERSONAL <input type="radio"/>	

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 toma de suscripción y por la manifestación de aceptación del solicitante.