

SOLICITUD SEGUROS PATRIMONIALES



NIT. 860.524.654-6

LAS PARTES SOMBRADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

CLASE DE VINCULACIÓN: TOMADOR <input type="radio"/> ASEGURADO <input type="radio"/>	FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO	RAMO
NOMBRE DEL INTERMEDIARIO	CLAVE	TIPO AGENTE <input type="radio"/> CORREDOR <input type="radio"/> AGENCIA <input type="radio"/>
		AGENCIA

DATOS DEL TOMADOR - AFIANZADO

TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> No.	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y nombres)		
DIRECCIÓN	TELÉFONO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

INFORMACIÓN TÉCNICA

RAMO CUMPLIMIENTO ESTATAL <input 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"/> DETALE: _____				
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 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"/> DETALE: _____		
BENEFICIARIO	NIT BENEFICIARIO	TELÉFONO		

CONTRAGARNTÍAS

TIPO DE GARANTÍA PAGARÉ <input type="radio"/>	¿OTRO? <input type="radio"/>	DETALE: _____
NOMBRE DE QUIEN FIRMA EL PAGARÉ _____		REPRESENTANTE LEGAL SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
TELÉFONO _____		

REFERENCIAS COMERCIALES AFIANZADO

ESTABLECIMIENTO	DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO FIJO	TELEFONO CELULAR
-----------------	-----------	--------	---------------	------------------

REFERENCIAS PERSONALES AFIANZADO

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO FIJO	TELEFONO 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 CREDITO <input type="radio"/>	NO. _____ BANCO: _____
CHEQUE <input type="radio"/>	NO. _____ BANCO: _____
CREDITO PERSONAL <input type="radio"/>	ENTIDAD FINANCIERA. _____

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD SEGUROS PATRIMONIALES MP-04 12/05/2010

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION 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.

DATOS DEL CODEUDOR

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y nombres)	TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> RUT <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> No. _____	NACIONALIDAD
--	---	--------------

ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="radio"/> COMERCIAL <input type="radio"/> TRANSPORTE <input type="radio"/> CONSTRUCCIÓN <input type="radio"/> AGRÍCOLA <input type="radio"/> SERV. FINANCIEROS <input type="radio"/> CIVIL <input type="radio"/> ¿OTRO? <input type="radio"/> DETALLE:	CODIGO CIU
--	-------------------

INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL (SI ES PERSONA JURIDICA)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> No.		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA MES AÑO
	DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

REFERENCIAS COMERCIALES CODEUDOR

ESTABLECIMIENTO	DIRECCION	CIUDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR
-----------------	-----------	--------	---------------	------------------

REFERENCIAS PERSONALES CODEUDOR

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCION	CIUDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR
---------------------	-----------	--------	---------------	------------------

DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS PARA SOLICITUD DE SEGUROS (Según montos establecidos para cada caso)

	A FECHA						A FECHA					
	AFIANZADO			CODEUDOR			AFIANZADO			CODEUDOR		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
<input type="radio"/> 1. CONTRAGARANTÍA. CUAL? _____												
<input type="radio"/> 2. FOTOCOPIA CÉDULA DE CIUDADANÍA												
<input type="radio"/> 3. INFORME O REPRESENTACIÓN EMPRESARIAL												
<input type="radio"/> 4. ANTECEDENTES FISCALES												
<input type="radio"/> 5. ESTATUTOS O REGLAMENTOS												
<input type="radio"/> 6. PROYECTOS DE CONTRATOS												
<input type="radio"/> 7. RELACIÓN DE CONTRATOS EN DESARROLLO												
<input type="radio"/> 8. DECLARACIÓN DE RENTA												
<input type="radio"/> 9. ESTADOS FINANCIEROS (BALANCE Y PyG)												
<input type="radio"/> 10. CERTIFICADO DE TRADICIÓN Y LIBERTAD												
<input type="radio"/> 11. REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES												
<input type="radio"/> 12. CÁMARA Y COMERCIO												
<input type="radio"/> 13. REGISTRO ÚNICO												
<input type="radio"/> 14. RECORD DE OBRAS REALIZADAS												

AUTORIZACIÓN ENTREGA DE PÓLIZA

AUTORIZO AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS DE MI POLIZA, PARA QUE LA RECIBA EN MI NOMBRE.

FIRMA Y HUELLA

- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza y en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.
- La información que he suministrado en ésta solicitud es veraz y verificable, su inconsistencia faculta a la Aseguradora, para revocar y/o rescindir unilateralmente del contrato conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda; Entidad Cooperativa.
- Autorizo a la Aseguradora Solidaria de Colombia, para que con los fines de administración de riesgos, de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes; consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato el cual el Tomador, Asegurado, beneficiario declara conocer y aceptar en todas sus partes.

Reconozco que las declaración de origen de fondos y las autorizaciones dadas en el formulario único de conocimiento del cliente son extensivas a la presente solicitud.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

NOMBRE

FIRMA C.C.

PARA PERSONA JURIDICA, ESCRIBA EL NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA INDICE DERECHO