

RIESGOS VARIOS

SOLICITUD DE SEGURO CAUCIÓN DE FIDELIDAD

Complete este formula	rio marcando lo qu	ie corresponda						
Corredor N°	Cliente N°	Póliza	a N°					
Si el Contratante es u	una persona disti	inta al Asegurado, s	sírvase comp	letar el formula	ario Datos de	I Contratante		
(F. 2434) y adjuntar	al presente.						SELLO DE EN	ITRADA
DATOS DEL AS	EGURADO	Persona Apellidos				Nombres		
C.I. N°		Doc. extranjo	ero 🔲 Tip	o F	aís	N°		
Fecha nacim.		Actividad prir	ncipal		otra	actividad		
Sexo: femenino	masculino	Estado Civi	I					
Empresa Razón So	cial			Giro				
Nombre de Fantasía	1			Emp. Unipe	ersonal: Sí	No No F	RUT	
Socios integrantes	de la firma							
Apellido				Nombres				
C.I. N°		Doc. ex	tranjero 🗌	Tipo	País		N°	
Apellido				Nombres				
C.I. N°		Doc. ex	tranjero 🗌	Tipo	País		N°	
Apellido			-	Nombres				
C.I. N°		Doc. ex	tranjero 🗌	Tipo	País		N°	
Apellido			•	Nombres				
C.I. N°		Doc. ex	tranjero 🗌	Tipo	País		N°	
Domicilio real del A	segurado							
Calle			N°	Unidad	Apto.	Esq.		
Solar N° M	anzana N°	Km.	— ——— Ruta	Teléfono		Celular	C.P.	
E-mail principal		_	Localida	– ——— d		Dep	partamento	
Persona Expuesta F	Políticamente (P	PEP)		<u></u>				
Se entiende por "p importancia en el pa judiciales o militares y otras entidades púl	ersonas expues ís o en el extranj s de alta jerarquí	tas políticamente' ero, tales como: Je a, empleados imp	ortantes de p	artidos polític	os, directore	s y altos funcior	nado funciones pública acionarios gubernament narios de empresas esta	as de tales, atales
1-	. ,			sted una pers	ona expuesi	ta políticamento	e? Sí L No L	
	ivo, sirvase indi	car el cargo desen	•			1/11	• · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
2-	. , , , ,		ta vinculado	con una pers	ona expuest	ta políticament	e? Sí No No	
En caso afirmat								
			-				mente Expuestas (Fórm. 3	3235)
y si respondió afirma			lario correspo	ondiente a Deb	ida diligencia	a - Persona Fisic	a (Fórm. 3209).	
Envío de Factura P		rección de e-mail					A domicilio	
Si la Dirección de e	ntrega de la Fa	ctura no es la mis	ma que el D	Oomicilio real	del Asegura	do, llene a con	inuación	
Calle			N°	Unidad	Apto.	Esq.		
Solar N° M	anzana N°	Km.	Ruta	Teléfono	(Celular	<u>C.P.</u>	
Localidad		Departa	mento					
Envío de Documenta	ación Por e-ma	il 🗌 dirección de	e-mail					
Domicilio real del A	segurado 🗌 M	lismo domicilio de	entrega de	factura 🗌				
Fórmula 631-FIDINN y FIDNO	DM - 28/12/2021		B	SE				

DATOS DEL EMPLEADO Apellidos Nombres Monto de la Garantía ¿Trabajará el empleado en alguna Agencia o Sucursal?; Sí No Indique dónde está situada Cargo que ocupará Em que consistirá su trabajo? Salario Mensual que recibirá Monto de las habilitaciones, comisiones y otras compensaciones especiales Zifien que consistirá su trabajo? Salario Mensual que recibirá Monto de las habilitaciones, comisiones y otras compensaciones especiales Zifien actualmente deuda con la casa?: Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar a cuánto asciende Indicar el concepto Ela nuel forma la paga? ¿Cuándo? Zita nuel forma la paga? ¿Cuándo? Zita sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?; Sí No IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros el Estado as solicitud. a criterio exclusivo del Banco. Sa indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. Estado as suna el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Dece extranjero Tipo País N° Portesión Sexo: femenino masculno m	DATOS SOBRE LAS GARANTÍAS O FIANZ	AS ¿Será es	ite Seguro la ú	nica Garar	ntía?: Sí 🔲 No 🗀	
Apellidos Nombres	Nombres Direcció					— Montos
Apellidos Nombres						
Apellidos Nombres						
Apellidos Nombres						
Apellidos Nombres						
Apellidos Nombres						
Apellidos Nombres						
Monto de la Garantia ¿Trabajará el empleado en alguna Agencia o Sucursal?: SÍ No Indique dónde está situada Cargo que ocupará ¿En qué consistirá su trabajo? Salario Mensual que recibirá Monto de las habilitaciones, comisiones y otras compensaciones especiales ¿Tiene actualmente deuda con la casa?: Sí No en caso afirmativo, sirvase indicar a cuánto asciende Indicar el concepto ¿En qué forma la paga? ¿Cuándo? ¿Ela qué forma la paga? ¿Cuándo? ¿Ela qué forma la paga? ¿Cuándo? ¿Ela sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sal indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas q hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde hasta Seguro en país Nº Datos APORTADOS POR EL FUNCIONARIO Apellidos Nº Doc. extranjero Tipo País Nº Doc. extranjero Tipo País Nº Esq. Sexo: femenino masculino Tiempo de residencia en el país Estado Civil Domicilio Particular Calle Nº Unidad Apto. Esq. Solar Nº Manzana Nº Km. Ruta Teléfono Celular C.R.	DATOS DEL EMPLEADO					
Indique dónde está situada Cargo que ocupará ¿En qué consistirá su trabajo? Salario Mensual que recibirá Monto de las habilitaciones, comisiones y otras compensaciones especiales ¿Tiene actualmente deuda con la casa?: Sí	Apellidos		Nombres			
Cargo que ocupará ¿En qué consistirá su trabajo? Salario Mensual que recibirá Monto de las habilitaciones, comisiones y otras compensaciones especiales ¿Tiene actualmente deuda con la casa?: Sí	Monto de la Garantía	¿Tra	bajará el empl	eado en a	guna Agencia o Sucurs	sal?: Sí 🔲 No 🔲
EEn qué consistirá su trabajo? Salario Mensual que recibirá Monto de las habilitaciones, comisiones y otras compensaciones especiales ÉTiene actualmente deuda con la casa?: Sí No en caso afirmativo, sirvase indicar a cuánto asciende Indicar el concepto EEn qué forma la paga? ¿Cuándo? ¿Etha habido hasta la fecha, alguna falta o irregularidad en sus cuentas?: Sí No ¿Cuándo Patha habido hasta la fecha, alguna falta o irregularidad en sus cuentas?: Sí No ¿Cuánto tiempo hace que está a su servicio? ¿Etha sido enteramente saltisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sal indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas quemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde hasta Nombres C.I. Nº Doc. extranjero Tipo País Nº enchancio masculino masculino masculino Profesión Sexo: femenino masculino masculino Domicilio Particular Calle Nº Unidad Apto. Esq. Solar Nº Manzana Nº Km. Ruta Teléfono Celular C.R.	Indique dónde está situada					
EEn qué consistirá su trabajo? Salario Mensual que recibirá Monto de las habilitaciones, comisiones y otras compensaciones especiales Tiene actualmente deuda con la casa?: Sí No en caso afirmativo, sirvase indicar a cuánto asciende Indicar el concepto EEn qué forma la paga? ¿Cuándo? ¿Eha habido hasta la fecha, alguna falta o irregularidad en sus cuentas?: Sí No ¿Cuándo? ¿Ha sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sal indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Saguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas q hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Dec. extranjero Doc. extranjero Tipo País Nº Doc. extranjero Tipo País Nº Linidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	Cargo que coupará					
Salario Mensual que recibirá Monto de las habilitaciones, comisiones y otras compensaciones especiales ¿Tiene actualmente deuda con la casa?: Sí						
Monto de las habilitaciones, comisiones y otras compensaciones especiales ¿Tiene actualmente deuda con la casa?: Sí						
indicar el concepto ¿En qué forma la paga? ¿Cuándo? ¿Ha habido hasta la fecha, alguna falta o irregularidad en sus cuentas?: Sí No ¡En qué forma la paga? ¿Cuánto tiempo hace que está a su servicio? ¿Ha sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sa indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas q hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde hasta DATOS APORTADOS POR EL FUNCIONARIO Apellidos Nombres C.1. N° Doc. extranjero Tipo País N° Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino masculino Tiempo de residencia en el país Estado Civil Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.		—— mnensaciones	especiales			
Indicar el concepto ¿En qué forma la paga? ¿Cuándo? ¿Ha habido hasta la fecha, alguna falta o irregularidad en sus cuentas?: Sí No ¿Cuánto tiempo hace que está a su servicio? ¿Ha sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sal indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medio siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas q hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde hasta DATOS APORTADOS POR EL FUNCIONARIO Apellidos Nombres C.I. N° Doc. extranjero Tipo País N° Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino Tiempo de residencia en el país Estado Civil Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.			· ·	sírvase ir	ndicar a cuánto ascienc	 le
¿Cuándo? ¿Ha habido hasta la fecha, alguna falta o irregularidad en sus cuentas?: Sí No ¿Cuánto tiempo hace que está a su servicio? ¿Ha sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros. Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sa indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco. Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas q hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde DATOS APORTADOS POR EL FUNCIONARIO Apellidos Nombres C.I. N° Doc. extranjero Tipo País N° Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino masculino Tiempo de residencia en el país Estado Civil Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.				, 1400		<u></u>
itha habido hasta la fecha, alguna falta o irregularidad en sus cuentas?: Sí No italia habido hasta la fecha, alguna falta o irregularidad en sus cuentas?: Sí No italia habido hasta la fecha, alguna falta o irregularidad en sus cuentas?: Sí No italia sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No italia sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No italia sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No italia sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No italia sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No italia segura sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No italia segura segura sido enteramente satisfactoria su conducta durante ese tiempo?: Sí No italia segura su conducta de seguros entera en vigencia al medio siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde hasta DATOS APORTADOS POR EL FUNCIONARIO Apellidos Nombres C.I. No Doc. extranjero Tipo País No esca: femenino masculino masculino Estado Civil Domicilio Particular Calle No Unidad Apto. Esq. Solar No Manzana No Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	·		¿Cuándo?			
IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros se Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sal indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que mos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde DATOS APORTADOS POR EL FUNCIONARIO Apellidos C.I. Nº Doc. extranjero Tipo País Nº Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino masculino Tiempo de residencia en el país Estado Civil Domicilio Particular Calle Nº Unidad Apto. Esq. Solar Nº Manzana Nº Km. Ruta Teléfono Celular C.P.		idad en sus cu	entas?: Sí] No [
IMPORTANTE La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros (Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sal indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde DATOS APORTADOS POR EL FUNCIONARIO Apellidos C.I. Nº Doc. extranjero Tipo País Nº Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino Tiempo de residencia en el país Estado Civil Domicilio Particular Calle Nº Unidad Apto. Esq. Solar Nº Manzana Nº Km. Ruta Teléfono Celular C.P.					_	
La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros of Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sal indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que mos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde Nombres C.I. N° Doc. extranjero Tipo País N° Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino Tiempo de residencia en el país Estado Civil Domicilio Particular Calle N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	¿Ha sido enteramente satisfactoria su conducta du	ırante ese tiem	ıpo?: Sí	No 🗌		
La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros of Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sal indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medios siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN						
Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Sal indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al medior siguiente de aceptada esta solicitud. En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente. DECLARACIÓN Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde Nombres C.I. N° Doc. extranjero Profesión Sexo: femenino masculino Tiempo de residencia en el país Estado Civil Domicilio Particular Calle N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	IMPORTANTE					
Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas q hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde hasta DATOS APORTADOS POR EL FUNCIONARIO Apellidos C.I. N° Doc. extranjero Tipo País N° Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino Tiempo de residencia en el país Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	Estado para la suscripción del seguro, los cuales pod indicación en contrario, y en caso de no existir ob siguiente de aceptada esta solicitud.	Irán determina servaciones so	r el rechazo de	la presente	e solicitud, a criterio exc	lusivo del Banco. Salvo
Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas q hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta. DE USO INTERNO Vigencia del seguro Desde hasta DATOS APORTADOS POR EL FUNCIONARIO Apellidos C.I. N° Doc. extranjero Tipo País N° Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino Tiempo de residencia en el país Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	DECLARACIÓN					
Apellidos C.I. N° Doc. extranjero Tipo País N° Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino Tiempo de residencia en el país Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre e Seguros del Estado asume el riesgo que proponemo hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y ex	os, las aceptan xacta.		idad y gara		
C.I. N° Doc. extranjero Tipo País N° Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino Tiempo de residencia en el país Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	DATOS APORTADOS POR EL FUNCIONAR	RIO				
Fecha nacimiento Profesión Sexo: femenino masculino Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	Apellidos		Nombres			
Tiempo de residencia en el país Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	C.I. N° Doc. extra	anjero 🗌 🏻 Ti	po l	País	N°	
Domicilio Particular Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	Fecha nacimiento Profes	sión			Sexo: femenino	masculino 🗌
Calle N° Unidad Apto. Esq. Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	Tiempo de residencia en el país		Estado Civ	il		
Solar N° Manzana N° Km. Ruta Teléfono Celular C.P.	Domicilio Particular					
	Calle	<u>N°</u>	Unidad	Apto.	Esq.	
E-mail Localidad Departamento	Solar N° Manzana N° Km.	Ruta	Teléfono		Celular	<u>C.P.</u>
	E-mail	Localida	ad		Departar	nento

¿Tiene Ud. alguna fuente de	recursos aparte de su empleo?	Sí No	En caso afirmativo, indiqu	ue en qué consisten:			
¿Cuánto le producen aproxir	madamente?						
¿Es Ud. garante de alguien?	Sí No						
¿Tiene Ud. deudas u otras o	bligaciones? Sí No	En caso afirmativo	o, indique en qué consisten:				
Ocupación durante los últim	nos diez años						
NOMBRE DE SUS PATRONO	OS		FECHA DE INGRESO FECHA DE SALIDA				
Cargo para quien solicita ga	rantía						
DEL PATRONO Apellidos		Nombres					
DEL PATRONO Apellidos		Nombres					
Indicar los nombres y direccione	s de tres o cuatro personas de respor	nsabilidad o firmas co	omerciales que lo conozcan bier	n y puedan servir de referencias			
Apellidos		Nombres					
Dirección							
Apellidos		Nombres					
Dirección		-					
Apellidos		Nombres					
Dirección							
Apellidos		Nombres					
Dirección							
IMPORTANTE							
	de Seguros del Estado, se le co						
	o, hasta tanto su patrono, pida ex I Banco de Seguros del estado, a						
	te autorización alguna, siendo sufi						
DECLARACIÓN							
	eron la expresión fiel de la verdad,	sin reticencia ni re	serva mental alguna.				
	,						
Fecha	Firma del Empleado		Aclaración firma				
	o serial						
900.0							
Fecha	Firma del Asegurado		Aclaración firma				
	o serial		7 tolaracien illina				
<u> </u>	0 301101						
DECLARACIÓN DEL CO	DRREDOR						
	ondiciones del riesgo, no tengo o	bservaciones que t	formular a la precedente inf	formación.			
var our accordance y of		quo					
Corredor N°	Firma del Corredor	∆داء	ración de firma				
OSTICUOT IN			acion de illilla				
		BSE					