

**PROPUESTA FIANZA
PERMANENCIA**

PÓLIZA N°

FORMULARIO N°



I.- ANTECEDENTES GENERALES

VIGENCIA						PÓLIZA ANTERIOR N°	CÓDIGO INTERMEDIARIO	CÓDIGO SUCURSAL	SUCURSAL
DESDE			HASTA				2744		

II.- ANTECEDENTES DEL FUNCIONARIO

RUT		NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES)			
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, NÚMERO, DEPTO., VILLA/POBLACIÓN, COMUNA)					
CIUDAD		REGIÓN	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
				@	

III ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

RUT	NOMBRE
61.004.000-4	GENDARMERÍA DE CHILE
DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO, COMUNA, CIUDAD.)	
ROSAS N°1274, SANTIAGO	

IV. MONTOS Y PRIMAS

MONEDA	MONTO ASEGURADO	TASA %	PRIMA NETA	IVA	PRIMA TOTAL
U.F.	80,00		6,30	1,20	7,50

V.- PLAN DE PAGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CANTIDAD DE CUOTAS	MONTO DE CADA CUOTA	PRIMER VENCIMIENTO	Descto.x planilla FORMA DE PAGO

VI.- TIPO DE CONTRAGARANTIA

CON AVALES	<input checked="" type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------	--------------------------

DECLARACION DEL PROPONENTE:

DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES SOBRE CAUCIONES, AGRADECERE AL SR. GERENTE GENERAL DE HDI SEGUROS S.A., SE SIRVA EXTENDER LA POLIZA DE FIANZA QUE SOLICITO, FACULTANDOLO PARA QUE LOS MONTOS EXPRESADOS EN VALORES O TIPOS DE MONEDA REAJUSTABLE SE REACTUALICEN EN FORMA AUTOMATICA, SEGÚN LAS VARIACIONES QUE ELLOS EXPERIMENTEN, YA SEA, POR REAJUSTES, ASCENSOS, NOMBRAMIENTOS O CUALQUIER OTRA CAUSA Y SIN RESPONSABILIDAD PARA LA COMPAÑÍA EN CASO QUE NO SE EFECTÚE OPORTUNAMENTE ESTA REACTUALIZACIÓN. ME COMPROMETO A REEMBOLSAR A LA COMPAÑÍA TODO PAGO QUE SE VEA OBLIGADA A EFECTUAR CON MOTIVO DE ESTA FIANZA, RECONOCIENDO DESDE LUEGO EL DERECHO A EJERCITAR EL COBRO DE LAS CANTIDADES PAGADAS POR VIA EJECUTIVA SI NO REEMBOLSARE ESTOS FONDOS EN SU OPORTUNIDAD.

CON LA EMISION DE LA PRESENTE PROPUESTA, NO SE OBTIENE COBERTURA ALGUNA AL RIESGO QUE SE PROCURA ASEGURAR, LA COBERTURA COMIENZA A REGIR UNICAMENTE A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE ESTA PROPUESTA SEA ACEPTADA POR EL ASEGURADO Y SE INICIE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

FECHA Y LUGAR

X

FIRMA DEL FUNCIONARIO