División Garantías

IDENTIFICACIÓN	
RAZÓN SOCIAL	
RUT	
DIRECCIÓN	
COMUNA	
TELÉFONO	
E-MAIL	
RUBRO (INDICAR CÓDIGO Y GLOSA)	

SOCIOS		
RAZÓN SOCIAL / NOMBRE	RUT	% PARTICIPACIÓN

PODERES VIGENTES	
NOMBRE	RUT

ADMINISTRACIÓN	
NOMBRE	RUT

CONTRAFIANZA	
NOMBRE COMPLETO REPRESENTANTE LEGAL CON FACULTADES (Nombres y Apellidos)	RUT REPRESENTANTE LEGAL CON FACULTADES
DIRECCIÓN REPRESENTANTE LEGAL REPRESENTANTE LEGAL CON FACULTADES	COMUNA
EMAIL	TELEFONO
NOMBRE NOTARIO	CIUDAD NOTARIA
NOMBRE COMPLETO AVAL (Nombres y Apellidos)	RUT AVAL
DIRECCIÓN AVAL	COMUNA
EMAIL	TELEFONO

Autorización
Autorizo en forma expresa a HDI Seguros S.A y a BancoEstado ó cualquiera de sus filiales, a revisar información
comercial y financiera, tales como dicom y CMF en caso de ser necesario para la suscripción del riesgo solicitado.

GERENTE GENERAL: _____ FECHA: _____
FIRMA

ESTE DOCUMENTO DEBE SER FIRMADO POR QUIEN CORRESPONDA, ASUMIENDO LA RESPONSABILIDAD EN CUANTO A LA VERACIDAD Y LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.