



AV. MANQUEHUE NORTE 160
LAS CONDES - SANTIAGO

VISACION
CONTRALORIA GENERAL DE LA
REPUBLICA

FORMULARIO N°

PROPUESTA FIANZA

RIESGO

41		FIDELIDAD FUNCIONARIA VALORES FISCALES
42		PERMANENCIA
43		FIDELIDAD FUNCIONARIA CONDUCTORES
44		FIDELIDAD FUNCIONARIA VALORES PRIVADOS

FUENTE LEGAL _____

I.- ANTECEDENTES GENERALES

MONEDA			N° POLIZA	N° POLIZA ANTERIOR	COD. SUCURSAL	NOMBRE SUCURSAL
U.F.	UNIDAD DE FOMENTO	<input type="text" value="02"/>				
I.M.	INGRESOS MINIMOS	<input type="text" value="08"/>				
A.S.B.	AÑOS SUELDO BASE	<input type="text" value="30"/>				
U.T.M.	UNIDAD TRIBUTARIA MENSUAL	<input type="text" value="31"/>				
	OTRAS	<input type="text"/>				
FECHA DE EMISION	VIGENCIA		VIGENCIA EN DIAS	CODIGO INTERMEDIARIO	NOMBRE Y DIRECCION DEL INTERMEDIARIO	
	DESDE	HASTA		2744		

II.- ANTECEDENTES DEL FUNCIONARIO O ALUMNO

RUT <input type="text"/>		NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES)			
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, NUMERO, DEPTO., COMUNA)				E-MAIL	
				@	
CIUDAD	REGION	TELEFONO	<input type="text"/>	CODIGO UBICACION GEOGRAFICA	USO DE LA COMPAÑIA
CARGO	GRADO	SUELDO BASE <input type="text"/>			
EN CASO DE CURSO O BECA INDIQUE DURACION DESDE _____ HASTA _____			NUMERO INTERNO FUNCIONARIO <input type="text"/>		

DATOS DE INSTITUCION O EMPRESA A QUE PERTENECE

RUT <input type="text"/>		NOMBRE			
DIRECCION	CALLE	NUMERO	COMUNA		
CIUDAD	REGION	TELEFONO	<input type="text"/>	CODIGO UBICACION GEOGRAFICA	USO DE LA COMPAÑIA
UNIDAD, DEPENDENCIA AGENCIA, OF. ZONAL	NOMBRE				
DIRECCION	CALLE	NUMERO	COMUNA		
CIUDAD	REGION	TELEFONO	<input type="text"/>	CODIGO UBICACION GEOGRAFICA	USO DE LA COMPAÑIA

III.- ANTECEDENTES DEL BENEFICIARIO

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	<input type="checkbox"/>	(MARQUE LA ALTERNATIVA QUE	VISACION INSTITUCION
REPARTICION A LA QUE PERTENECE	<input type="checkbox"/>	CORRESPONDE)	
RUT BENEFICIARIO	<input type="text"/>		
CODIGO UBICACION GEOGRAFICA		<input type="text"/>	FECHA:
		USO DE LA COMPAÑIA	

IV.- MONTOS Y PRIMAS

MONTO ASEGURADO (moneda de origen)	<input type="text"/>	TASA	<input type="text"/>	PRIMA:	<input type="text"/>
MONTO ASEGURADO (pesos)	<input type="text"/>			DESCUENTO:	<input type="text"/>
				RECARGO:	<input type="text"/>
RESUMEN	PRIMA NETA AFECTA	IVA	PRIMA NETA EXENTA	PRIMA TOTAL	
PRIMA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

V.- PLAN DE PAGO

(máximo 12 cuotas)	(ver factor de interés)	DD / MM / AAAA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CANTIDAD DE CUOTAS	MONTO DE CADA CUOTA	FECHA 1ER. VENCIMIENTO	VIA DE PAGO

VI.- LUGAR DE COBRANZA

RUT INSTITUCION	NOMBRE INSTITUCION		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DIRECCION (CALLE, NUMERO, DEPTO, COMUNA)			
<input type="text"/>			
CIUDAD	REGION	CODIGO UBICACION GEOGRAFICA	USO DE LA EMPRESA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VII.- TIPO DE CONTRAGARANTIA

01 SIMPLE	<input type="text"/>	05 HIPOTECA	<input type="text"/>
02 CON AVALES	<input type="text"/>	06 OTRO	<input type="text"/>
03 LETRA	<input type="text"/>	07 NO HAY	<input type="text"/>
04 PAGARE	<input type="text"/>		

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 COMPAÑIA EN CASO QUE NO SE EFECTUE OPORTUNAMENTE ESTA REACTUALIZACIÓN.

ME COMPROMETO A REEMBOLZAR A LA COMPAÑIA 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 POLIZA.

FECHA Y LUGAR

FIRMA DEL FUNCIONARIO O ALUMNO