



SOLICITUD DE SEGURO

Fecha de solicitud			Fecha de inicio de vigencia		
D	M	A	D	M	A

* Fecha de inicio de vigencia (sujeto al envío de la información detallada de cada inmueble con los respectivos datos de contacto de cada afianzado)

Datos de la Copropiedad

Número de NIT	Nombre	
Ciudad	Dirección	Teléfono
Número de inmuebles de la copropiedad	Correo electrónico	

Datos del Representante Legal

Nombre completo					
Tipo de documento	No. de documento	Fecha de expedición del documento			Lugar de expedición
CC <input type="radio"/>	CE <input type="radio"/>	D	M	A	
Teléfono	Correo electrónico				

Clave del Asesor Comercial

Clave del asesor		
Valor de la cuota de administración promedio equivalente en salarios mínimos legales vigentes (SMMVL)	Rango de tasa	Ponga una X en la opción que corresponda
0 a 0.24 SMMVL	4%	
0.24 SMMVL a 0.36 SMMVL	3,5%	
0.36 SMMVL a 0.60 SMMVL	3%	
Mayor a 0.60 SMMVL	2,5%	

Tener en cuenta: El rango de tasa señalado es estimado, toda vez que la tasa definitiva dependerá del valor de la cuota promedio que se calcule a partir del reporte detallado de cuotas de administración para cada uno de las unidades que componen la Copropiedad.

Autorización para Pago por Transferencia

Obrando en mi calidad de Representante Legal de la Copropiedad, autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente en su favor, se haga en la cuenta bancaria aquí registrada, la cual debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago (Copropiedad).

Tipo de cuenta	No. de cuenta	Entidad financiera
Ahorros <input type="radio"/>	Corriente <input type="radio"/>	

Autorización Especiales

Autorizamos a Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de Seguros Bolívar S.A., INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR S.A. para que:
 *Ejerzan funciones de diputación para el cobro de las sumas indemnizadas y/o pagadas por Seguros Comerciales Bolívar S.A. y/o por Compañía de Seguros Bolívar S.A.. Compañías de seguros que garantizarán el cumplimiento de las obligaciones contractuales, si fuere necesario.
 *Permitir y brindar el apoyo necesario para el desarrollo de los servicios de asesoría y gestión de cobranza que presta INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR S.A. a la Copropiedad (ley 675 del 2001) y a SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A., así como a las demás Compañías que hacen parte del Grupo Bolívar S.A, cuya relación se encuentra disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción nuestras compañías.

Autorizamos a la Compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. a descontar la prima del seguro del valor de los siniestros a pagar, sin perjuicio de la facultad con la que cuenta el asegurado de hacer el pago por otros medios, y de su obligación de hacerlo en caso que no sea posible realizar el mencionado descuento.

Declaraciones

Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías, entre otras, he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Firma

Firma

Nombre

de _____
No. Identificación



Huella legible