

SOLICITUD DE FIANZA

1- NOMBRE DEL MENOR: _____

CÉDULA: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

TELEFONO RESIDENCIAL: _____

CÉLULAR: _____

2- NOMBRE DEL PADRE: _____

CÉDULA: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

TELEFONO RESIDENCIAL: _____

DIRECCIÓN DE OFICINA: _____

CÉLULAR: _____ TELEFONOS DE OFICINA: _____

3- NOMBRE DE LA MADRE: _____

CÉDULA: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

TELEFONO RESIDENCIAL: _____

DIRECCIÓN DE OFICINA: _____

CÉLULAR: _____ TELEFONOS DE OFICINA: _____

2- NOMBRE DEL ACREEDOR O ENTIDAD OFICIAL: _____

3- OBJETO DE LA FIANZA: _____

MONTO A AFIANZAR: _____

PERIODO DE DURACIÓN DE LA FIANZA: _____

Autorización

Doy mi consentimiento y autorizo a La Regional de Seguros, S.A., a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a La Regional de Seguros, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas, y en base a lo cual se emite la póliza correspondiente en consecuencia acepto que cualquier información falsa, errónea e inexacta, brindada en esta solicitud, puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro, sin responsabilidad alguna para La Regional de Seguros, S.A. de acuerdo a la Ley 24 del 22 de mayo del 2002.

Firma: _____ Fecha: _____