**FICHA REGISTRO CORREDORES O INTERMEDIARIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| RAZON SOCIAL  |   |
| RUT  |  | **Teléfono** |   |
| Dirección  |  |
| Comuna  |  | **Ciudad** |   |
| Representante Legal |  |
| C.N.I. Nº |  | **Teléfono** |   |
| Persona de Contacto |  |
| Correo |  |
| Es emisor de Boleta o de Factura |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Póliza de Garantía Nº |   | Compañía |   |
|  |  |  |  |
| Circular Nombramiento SVS |   |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TRANSFERENCIA** |  |  |  |
| Banco |   |  |  |
|  |  |  |  |
| Número de Cuenta |   |  |  |
|  |  |  |  |
| Correo Aviso Transferencia |   |  |  |
|  |  |  |  |
| Tipo de Cuenta |  \_\_ **Cta.Cte. \_\_ Cta. Ahorro \_\_\_ Cta. Vista \_\_\_Cta. Rut** |

Mediante este documento, el representante legal autoriza expresamente a **COMPAÑÍA ORSAN SEGUROS DE CRÉDITO Y GARANTÍA S.A.** Rut 76.810.563-4, para abonar en cuenta bancaria todos los montos devengados a favor del intermediario individualizado, correspondiente al pago de comisiones.

El representante legal declara que la cuenta bancaria señalada pertenece única y exclusivamente al beneficiario del pago, cuya identidad se encuentra consignada en la factura o boleta de servicio que deberá enviar a la Compañía a más tardar con fecha 7 de cada mes o siguiente hábil.

A efectos que el corredor o intermediario tome conocimiento del monto de la boleta o factura, la Compañía enviará dentro de los primeros 5 días de cada mes, una nómina con su producción correspondiente al mes anterior.

Los cierres de mes se practicarán los días 30 o 31 de cada mes, según corresponda.

Los pagos de comisiones se realizarán los días 10 de cada mes o siguiente hábil.

Para aquellos corredores que no presenten su factura en la fecha indicada, sus comisiones serán pagadas a más tardar el día viernes de la semana siguiente a la fecha de presentación de la factura o boleta, según corresponda.

**Solicitamos hacer llegar el presente documento directamente a nuestras oficinas ubicadas en Estado 337, oficina 620, comuna de Santiago, Región Metropolitana. Atención Srta. Katherinne Rodriguez, teléfono + 56 22 381 84 00, mail:** **katherinne.rodriguez@orsan.cl** **con copia** **Info@orsanseguros.cl**

Contacto Compañía para efectos comerciales: Sr Alberto Gálvez Ledesma, Gerente Comercial y de Desarrollo mail: alberto.galvez@orsan.cl

**ANTECEDENTES REQUERIDOS**

* Póliza de Garantía
* Certificado de existencia S.V.S.
* Poderes Vigentes.

NOMBRE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Representante legal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Santiago, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_