

Señores
La Colonial de Seguros
Ciudad.

Vía: Grupo Nobe

Estimados señores,

Por medio de la presente hago constar que tengo conocimiento que el inmueble asegurado a través de ustedes, en la póliza colectiva de Incendio _____, perteneciente a Banco Lafise, ubicado en _____, está asegurada por un valor inferior al valor de reposición de la propiedad.

Por tal motivo reconozco y acepto que la propiedad se encuentra **INFRASEGURADA**, es decir, el valor asegurado es inferior al valor de reposición de la propiedad. Por lo que reconozco y acepto que en caso de presentarse algún siniestro, la compañía aseguradora **NO** cubrirá el 100% de las pérdidas y daños de la reclamación presentada, sino que indemnizará en base a la proporción existente entre el valor asegurado y el valor de reposición del inmueble al momento del siniestro, tal y como se establece en las condiciones de la póliza.

Sin otro particular, se despide,

Atentamente,

Firma

Cédula

Fecha

Formulario de Conocimiento

Información Persona Física

[TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS]

Tipo de tercero:

Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Empleado Apoderado Sucursal

Forma de pago

Información Básica Persona Física

Tipo de identificación

Cédula Pasaporte ID residencia Número

Fecha

Fecha vencimiento

dia mes año

Nombres y apellidos
(primero nombres, luego apellidos)

Sexo

F M Fecha de nacimiento dia mes año

Ciudad de nacimiento

Provincia de nacimiento

Nacionalidad

Profesión

Ocupación/Cargo

Empresa

Dirección donde labora

Ciudad Provincia Teléfono

Domicilio

Ciudad residencia

Provincia

País

Teléfono

Celular

Dirección residencia

Sector

Correo electrónico

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección: Trabajo Correo Electrónico Residencia

Información Actividad Económica

Empleado/Asalariado Propietario/Socio Jubilado/Pensionado Inversionista/Prestamista Independiente Estudiante ama de casa
 Otro ¿Cuál?

Información Financiera

Ingresos mensuales actividad principal Menos de RD\$20 mil RD\$20 mil a RD\$50 mil RD\$50 mil a RD\$ 100 mil Más de RD\$100 mil
Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años? SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Ha poseído o posee algún grado de poder público durante los últimos 3 años? SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es persona reconocida o de influencia pública?

SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos?

SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

Solicitud de Seguro

Ramo: Personas Generales Fianzas Otro, especifique:

Declaración de Veracidad y Autorización de Verificación y Consulta de Información Suministrada

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora. Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

Autorización de Administración y cesión de información suministrada

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

Fecha (DD MM AAAA)

Código del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Firma del Tercero

Firma del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Documento confidencial. La distribución de este documento debe ser autorizado por La Colonial, S.A. Favor confirmar que la versión del documento es la vigente, detallada en la lista maestra, de no serlo, se considera un documento no controlado.

Formulario de Conocimiento

Información Persona Jurídica

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Tipo de tercero:

Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado Sucursal

Forma de pago

Información Básica

RNC

Razón Social

Nombre Comercial

Número Registro Mercantil

Fecha vencimiento de Registro Mercantil

Domicilio Legal (Información que aparece en Registro Mercantil)

Ciudad oficina legal

Provincia oficina legal

Teléfono

Correo electrónico

Dirección oficina legal

Sector

Domicilio Principal (Si es diferente al Domicilio Legal)

Ciudad oficina principal

Provincia oficina principal

Teléfono

Correo electrónico

Dirección oficina principal

Sector

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección:

Oficina Principal Correo Electrónico Domicilio Legal

Información Activida Económica

Tipo de Empresa Privada Pública

Si es Mixta, detalle proporción:

Si es ONG, favor indicar la procedencia de los fondos que recibe esta organización
 Sector Privado Sector Público Ambos

Sector: Comercial Industrial Financiero Servicios

Mayores Donantes:

Tipo de Actividad:

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Agrícola | <input type="checkbox"/> Informática | <input type="checkbox"/> Alimentos | <input type="checkbox"/> Cementos | <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Petróleo | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Telecomunicaciones |
| <input type="checkbox"/> Farmacéutico | <input type="checkbox"/> Salud | <input type="checkbox"/> Textiles | <input type="checkbox"/> Metalmecánico | <input type="checkbox"/> Construcción | <input type="checkbox"/> Turismo | <input type="checkbox"/> Químico | <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? |

Información Financiera

Ingresos anuales Menos de RD\$20 mm RD\$20 a RD\$100 mm RD\$100 a RD\$200 mm RD\$200 a RD\$1,000 mm RD\$1,000 a RD\$4,000 mm Más de RD\$4,000mm

Actividad Principal

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

Información Básica Representante Legal / Apoderado Legal / Autorida con Firma

Tipo de identificación Cédula Pasaporte ID residencia Número

Fecha vencimiento

Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)

Ciudad residencia

Provincia

País

Teléfono

Celular

Dirección residencia

Correo electrónico

Lugar de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Identificación Beneficiario Final. Es el propietario de la Empresa? Si No

Identificación de accionistas que tengan directa o indirectamente disponible el 20% o más del capital social, aporte o participación (utilice hoja aparte para relacionar adicionales).

Tipo de identificación

Cédula Pasaporte RNC ID extranjero Número

Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos) /Domicilio

Cédula Pasaporte RNC ID extranjero Número

Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos) /Domicilio

Cédula Pasaporte RNC ID extranjero Número

Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)/Domicilio

Pociento % de participación de acuerdo al Acta de Asamblea

Solicitud de Seguro

Ramo: Personas Generales Fianzas Otro, especifique

Declaración de Veracidad y Autorización de Verificación y Consulta de Información Suministrada

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora.

Pociento % de participación de acuerdo al Acta de Asamblea

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

Autorización de Administración y cesión de información suministrada

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemnizado de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo. Asimismo, en pleno ejercicio de mis facultades y bajo mi total consentimiento extiendo esta autorización aún después de la disolución de la sociedad que represento, intención que deberá ser respetada y acatada por nuestros causahabientes.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

Fecha (DD MM AAAA)

Firma del Representante Legal / Apoderado Legal / Autoridad con Firma

Código del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Firma del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO

Información Persona Física

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Tipo de tercero:

- Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Empleado Apoderado

Sucursal

INFORMACIÓN BÁSICA PERSONA FÍSICA

| | | | | | |
|---|---------------------|------------------------|-------------------|--|--------------|
| Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> ID residencia | | Número | Fecha vencimiento | Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos) | |
| Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Fecha de nacimiento | Ciudad de nacimiento | | Provincia de nacimiento | Nacionalidad |
| Profesión | | Ocupación/Cargo | | | |
| Empresa | | Dirección donde labora | | | |
| Ciudad | | Provincia | | | Teléfono |

DOMICILIO

| | | | | |
|----------------------|-----------|--------|----------|--------------------|
| Ciudad residencia | Provincia | País | Teléfono | Celular |
| Dirección residencia | | Sector | | Correo electrónico |

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección: Trabajo Correo Electrónico Residencia

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empleado/Asalariado | <input type="checkbox"/> Propietario/Socio | <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado | <input type="checkbox"/> Inversionista/Prestamista | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? | | | | | | |

INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| Ingresos mensuales actividad principal | <input type="checkbox"/> Menos de RD\$20 mil | <input type="checkbox"/> RD\$20 mil a RD\$50 mil | <input type="checkbox"/> RD\$50 mil a RD\$100 mil | <input type="checkbox"/> Más de RD\$100 mil |
|--|--|--|---|---|

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

| | | |
|--|---|--|
| ¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Si su respuesta es afirmativa, especifique |
| ¿Ha poseído o posee algún grado de poder público durante los últimos 3 años? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Si su respuesta es afirmativa, especifique |
| ¿Es persona reconocida o de influencia pública? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Si su respuesta es afirmativa, especifique |
| ¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Si su respuesta es afirmativa, especifique |

SOLICITUD DE SEGURO

Ramo Personas Generales Fianzas Otro, especifique

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora.

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

Fecha (DD MM AAAA)

Código del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Firma del Tercero

Firma del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO

Información Persona Jurídica

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Tipo de tercero:

Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Apoderado

Sucursal

INFORMACIÓN BÁSICA

| | | |
|---------------------------|---|------------------|
| RNC | Razón Social | Nombre Comercial |
| Número Registro Mercantil | Fecha vencimiento de Registro Mercantil | |

DOMICILIO LEGAL (Información que aparece en Registro Mercantil)

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------|--------------------|
| Ciudad oficina legal | Provincia oficina legal | Teléfono | Correo electrónico |
| Dirección oficina legal | | | Sector |

DOMICILIO PRINCIPAL (Si es diferente al Domicilio Legal)

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------|--------------------|
| Ciudad oficina principal | Provincia oficina principal | Teléfono | Correo electrónico |
| Dirección oficina principal | | | Sector |

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección: Oficina Principal Correo Electrónico Domicilio Legal

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

| | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Pública | Si es Mixta, detalle proporción: | <input type="checkbox"/> es ONG, favor indicar la procedencia de <input type="checkbox"/> los fondos que recibe esta organización |
| | | | | Sector Privado | Sector Público |
| Sector | <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Industrial | <input type="checkbox"/> Financiero | <input type="checkbox"/> Servicios | Mayores Donantes: |
| <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Informática <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Cementos <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Petróleo <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Telecomunicaciones <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Textiles <input type="checkbox"/> Metalmecánico <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Químico <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? | | | | | |

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos anuales actividad principal Menos de RD\$20 mm RD\$20 a RD\$100 mm RD\$100 a RD\$200 mm RD\$200 a RD\$1,000 mm RD\$1,000 a RD\$4,000 mm Más de RD\$4,000 mm

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

INFORMACIÓN BÁSICA REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO LEGAL / AUTORIDAD CON FIRMA

| | | | | |
|---|-----------|---------------------|--------------------|--------------|
| Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> ID residencia | Número | Fecha vencimiento | | |
| Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos) | | | | |
| Ciudad residencia | Provincia | País | Teléfono | Celular |
| Dirección residencia | | | Correo electrónico | |
| Lugar de Nacimiento | | Fecha de Nacimiento | | Nacionalidad |

IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIO FINAL

Identificación de accionistas que tengan directa o indirectamente disponible el 20% o más del capital social, aporte o participación (utilice hoja aparte para relacionar adicionales).

| | | |
|--|--------|---|
| Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID extranjero | Número | Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos) |
| Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID extranjero | Número | Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos) |
| Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID extranjero | Número | Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos) |

SOLICITUD DE SEGURO

Ramo Personas Generales Fianzas Otro, especifique

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora.

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemnizada de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo. Asimismo, en pleno ejercicio de mis facultades y bajo mi total consentimiento extiendo esta autorización aún después de la disolución de la sociedad que represento, intención que deberá ser respetada y acatada por nuestros causahabientes.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

Fecha (DD MM AAAA)

Firma del Representante Legal / Apoderado Legal / Autoridad con Firma

Código del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Firma del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario