

Costa Este
 Llamada Gratis: (800) 451-4854
 Fax: (407) 678-2231
 Email: info@ashtonagency.com
 4100 Metric Dr. Suite 100
 Winter Park, FL. 32792



Costa Oeste
 Llamada Gratis: (800) 452-2663
 Fax: (503) 253-1353
 Email: info@ashtonagency.com
 7505 NE Ambassador Pl. Suite A
 Portland, Or. 97220

Tipo de Bond Requerido:		Provincia/Estado:		Cantidad del Bond:	
Acreedor (Entidad que requiere el bond)	Dirección		Ciudad		Estado Código Postal
Nombre del Negocio (Favor incluir DBA si se le aplica. Debe ser EXACTAMENTE y como aparecera en su licencia)				Número de Licencia Estatal	
Dirección de Ubicación Física		Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección postal (si es diferente a la física)		Ciudad	Estado	Código Postal	
El negocio es una: <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Individual		Condado		Fecha que el Negocio fue Formado	
¿Número de accionistas, socios o miembros?	¿Cuanto tiempo como negocio, bajo el nombre listado anteriormente?		¿Cuántos años de experiencia?		Número de FEIN
¿La(s) persona(s) firmando esta solicitud como indemnizador, alguna vez han estado en el negocio bajo un nombre diferente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre Anterior					
Algunas de las personas firmando esta solicitud como indemnizador, han alguna vez sido demandados, ya sea ellos, su compania, o su compania de bond? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si?, por favor explique por separado					
Por la presente certifico y afirmo que originalmente obtuve mi licencia de Motor Comerciante de vehículos en ____ / ____ / ____.					
También afirmo que he mantenido mi licencia y negocio de forma continua desde el día que empese hasta la actualidad. <input type="checkbox"/> Nuevo en Negocios					
¿Serán las operaciones diarias ejecutadas por uno de los indemnizadores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, ¿por quién? _____					
¿O serán las operaciones diarias ejecutadas únicamente por un gerente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, gerente debe de completar la información del Indemnizado en la parte de abajo.					
Aseguranza de Negocio			Fecha de Vencimiento de su Aseguranza de Negocio		
INFORMACIÓN DEL BOND	Fecha Efectiva Requerida	Plazo: <input type="checkbox"/> 1 Año <input type="checkbox"/> 2 Años <input type="checkbox"/> Otros (favor especificar):			
Compañía Previa de su Bond:	Cantidad Pagada:	Pérdidas anteriores de su Bond bajo el nombre actual o cualquier entidad anterior? Si es si, explique: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
INFORMACIÓN PERSONAL PROPIETARIO #1	Nombre del Individuo	¿Ciudadano EEUU?	Número Seguro Social	Fecha de Nacimiento	¿Estado civil? <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Dirección Residencial		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de Casa
¿Cuánto tiempo en su residencia? (Años / Meses)	<input type="checkbox"/> Casa Propia <input type="checkbox"/> Apto. Alquilado <input type="checkbox"/> Casa Alquilada	Valor actual de mercado de su residencia principal:		Saldo del préstamo:	
NECESITA COMPLETAR SI ES CASADO #1	Nombre del Individuo	¿Ciudadano EEUU?	Número Seguro Social	Fecha de Nacimiento	¿Estado civil? <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Familiar vivo más cercano, pero que no viven en su hogar		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de Casa
ESTOY DE ACUERDO QUE ASHTON PUEDE OBTENER INFORME DE CRÉDITO CON EL FIN DE DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL BOND O RENOVACIÓN DEL BOND.					
Firma	Fecha	Firma	Fecha		

****SI ASOCIADOS, CORPORACION O LLC, Y HAY MÁS DE DOS SOCIOS, ACCIONISTAS, MIEMBROS, CONYUGES, O GERENTES, FOTOCOPIE Y COMPLETE PARA TODOS****

ENTIENDO QUE EN LA PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD, UN REPORTE DE CRÉDITO SE ORDENA Y UTILIZA CON FINES DE SUSCRIPCIÓN

Washington: Es ilegal proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

Nuevo México: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas civiles y sanciones penales.