

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**



Solicitud de Seguro (Persona Jurídica)

Expediente No.

Marcar con la opción escogida

1. Datos Generales del Contratante Persona Jurídica Empresa de Gobierno Entidad Supervisada ONG

| | | | |
|---|-----------|-----------------------------|-----------------------|
| Razón Social | | Nombre Comercial | |
| | | | |
| Tipo de Capital: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> | | R.T.N (adjuntar fotocopia): | |
| Giro/actividad económica: | | URMOPRELAFT | |
| Nombre del Contador: | | | |
| No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social) | | País de Constitución | Fecha de Constitución |
| | | | |
| Dirección Completa: | | | |
| Departamento | Municipio | Teléfono | Fax |
| Correo electrónico | | Sitio Web | |
| ¿La Empresa pertenece a un Grupo Financiero o Económico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| Nombre del Grupo Financiero o Económico: | | | |
| ¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | ¿Dónde? | |
| ¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| Proveedores Principales | | | |
| Nombre Completo | | Nombre Comercial | |
| | | | |
| | | | |

Información Financiera

| Montos declarados | | Ingresos | Egresos | Montos declarados | | Activos | Pasivos |
|-------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| L 00.01 | L 250,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L 00.01 | L 500,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L 250,000.01 | L 500,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L 500,000.01 | L 1,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L 500,000.01 | L 1,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L 1,000,000.01 | L 3,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L 1,000,000.01 | L 3,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L 3,000,000.01 | L 5,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L 3,000,000.01 | L 5,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L 5,000,000.01 | L 10,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L 5,000,000.01 | L 10,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L 10,000,000.01 | L 15,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L 10,000,000.01 | L 15,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L 15,000,000.01 | L 20,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L 15,000,000.01 | L 20,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L 20,000,000.01 | L 30,000,000.00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L 20,000,000.01 | En adelante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L 30,000,000.01 | En adelante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**

Detalle el origen de los recursos: _____

| | | | |
|--|---------------|--|--|
| ¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| Fuente | Valor mensual | Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/> | |
| ¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Tipo de Producto(s): | | | |

| Información de Accionistas o Asociados (con el 5% o más de participación) | | Cantidad de Accionistas: | |
|---|------------------|--------------------------|--------------------|
| Tipo de Documento | No. De Documento | Nombre y/o Razón Social | % de Participación |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

"En caso de tener más accionistas reportar la totalidad accionaría en una Hoja Adicional!"

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva

| Nombre | Puesto que desempeña en la Junta Directiva |
|--------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

2. Datos Generales del Representante Legal

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | RTN | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| | | | | | | |
| Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/> | | No. de Identificación: | | | | |
| Lugar de Nacimiento | | Fecha de Nacimiento | | Edad | Nacionalidad | Sexo |
| Ciudad | País | D | M | A | | F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> |
| Estado Civil | Soltero <input type="radio"/> | Casado <input type="radio"/> | Separado <input type="radio"/> | Viudo <input type="radio"/> | Divorciado <input type="radio"/> | Unión Libre <input type="radio"/> |
| Nombre del Cónyuge | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | | |
| Ocupación Actual | Asalariado <input type="radio"/> | Independiente <input type="radio"/> | Pensionado <input type="radio"/> | Ama de Casa <input type="radio"/> | Estudiante <input type="radio"/> | |
| Profesión u oficio | | Actividad económica | | Actividad comercial | | |
| | | | | | | |
| Nombre de la Empresa donde labora | | | Posición/Cargo que desempeña | | Antigüedad laboral | |
| | | | | | | |
| ¿Posee negocio propio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | | | | | |
| Nombre del Negocio: | | | | | | |
| Giro/Actividad del Negocio | | | | URMOPRELAFT | | |
| ¿Ha desempeñado un cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | | | | | |
| Nombre de la Institución | | Nombre del cargo desempeñado | | Desde | Hasta | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Dirección Completa de Residencia:

| | | |
|--|------------------------|-----------|
| Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa | | |
| Punto de referencia | Departamento | Municipio |
| Correo electrónico | Teléfono de Residencia | Celular |

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**

Dirección Completa de Trabajo:

| | | |
|--|--------------|-----------|
| Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, edificio | | |
| Punto de referencia | Departamento | Municipio |
| Correo electrónico | Teléfono | Fax |

Información Financiera del Representante Legal

| Montos declarados | | Ingresos | Egresos | Montos declarados | | Activos | Pasivos |
|-------------------|--------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| L 00.01 | L 34,648.17 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 00.01 | L 1,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 34,648.18 | L 69,296.34 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 1,000,000.01 | L 3,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 69,296.35 | L 111,493.90 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 3,000,000.01 | L 5,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 111,493.91 | L 230,987.80 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 5,000,000.01 | L 7,500,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 230,987.81 | L 577,469.50 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 7,500,000.01 | L 10,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 577,469.51 | En adelante | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 10,000,000.01 | En adelante | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Detalle el origen de los recursos: _____

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| ¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| Fuente: | Valor mensual: | Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/> | |

3. Persona Autorizada para contratar (En caso de que sea distinta al Representante Legal)

| | | | | |
|--|--|---|------------------|---------------------|
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | RTN |
| Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/> | | No. de Identificación: | | |
| Lugar de Nacimiento | | Fecha de Nacimiento | | Nacionalidad |
| Ciudad | País | D | M | A |
| Estado Civil | | Sexo | | |
| Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> | | F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> | | |
| Nombre del Cónyuge | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| Ocupación Actual | Asalariado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de Casa <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> | | | |
| Profesión u oficio | | Actividad económica | | Actividad comercial |
| Nombre de la empresa donde labora | | Posición/Cargo que desempeña | | Antigüedad laboral |
| ¿Posee negocio propio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | | | |
| Nombre del Negocio: | | | | |
| Giro/Actividad del Negocio | | | URMOPRELAFT | |
| ¿Ha desempeñado un cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | | | |
| Nombre de la Institución | | Nombre del cargo desempeñado | | Desde |
| | | | | Hasta |
| | | | | |

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**

Dirección Completa de Residencia:

| | | |
|--|------------------------|-----------|
| Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa/Punto de Referencia | | |
| Punto de referencia | Departamento | Municipio |
| Correo electrónico | Teléfono de Residencia | Celular |

Información Financiera de la Persona Autorizada para Contratar

| Montos declarados | | Ingresos | Egresos | Montos declarados | | Activos | Pasivos |
|-------------------|--------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| L 00.01 | L 34,648.17 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 00.01 | L 1,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 34,648.18 | L 69,296.34 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 1,000,000.01 | L 3,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 69,296.35 | L 111,493.90 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 3,000,000.01 | L 5,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 111,493.91 | L 230,987.80 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 5,000,000.01 | L 7,500,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 230,987.81 | L 577,469.50 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 7,500,000.01 | L 10,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 577,469.51 | En adelante | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 10,000,000.01 | En adelante | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Detalle el origen de los recursos: _____

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| ¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| Fuente: | Valor mensual: | Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/> | |

4. Información Otros Seguros

| ¿En qué otra Compañía tiene o ha tenido seguros? | Qué tipo de Seguros? | Suma Asegurada |
|--|----------------------|----------------|
| | | |
| Numero de Siniestros ocurridos en los últimos tres años? | | |

5. Ubicación de los bienes por asegurar

| | | |
|--|--------------|-----------|
| Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa | | |
| Punto de Referencia | Departamento | Municipio |

6. Vigencia del Seguro (Para uso exclusivo del área Técnica)

| | |
|--------|--------|
| Desde: | Hasta: |
|--------|--------|

¿La póliza es para asegurar bienes personales o bienes de terceros? Bienes Personales Bienes de Terceros

| | | |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|
| Nombre de la Tercera Persona (s) | Número de Identidad | Actividad Comercial |
| | | |

7. Beneficiarios del Seguro

| Nombre/Razón o Denominación Social | N°. de Identidad/RTN | Número de Teléfono | Valor del Endoso |
|------------------------------------|----------------------|--------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |

8. Especificación de Coberturas

| No | Descripción | Suma Propuesta (Lps. o US\$) |
|-------|-------------|------------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| Total | | |

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**

**COBERTURAS
RIESGOS CUBIERTOS:**

a) **Responsabilidad Civil General**

| | |
|--------------------------------------|--------------------|
| Predios y operaciones | Obligatoria |
| Productos | Opcional |
| Estacionamiento | Opcional |
| Rótulos | Opcional |
| Responsabilidad Civil Cruzada | Opcional |

Para esta cobertura de Responsabilidad Civil de Predios y Operaciones, se establecerán sumas aseguradas y un límite único y combinado para cada cobertura así:

Responsabilidad Civil por daños a terceros en sus bienes.
Responsabilidad Civil por daños a terceros en sus personas.

b) **Responsabilidad Civil Profesional Agentes de Seguros**

Coberturas
Daños Directos al Patrimonio
Perdida o destrucción de documentos
Riesgos cubiertos
Actos de Negligencia
Errores y omisiones
Responsabilidad Civil Legal personal de empleados

RIESGOS EXCLUIDOS, PODRAN CONTRATARSE ADICIONALMENTE MEDIANTE CONVENIO EXPRESO

Responsabilidad civil para productos
Responsabilidad civil cruzada
Estacionamiento

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**

9. Datos Adicionales

¿Fecha de fundación de la Firma? _____

¿Se ha fusionado o ha adquirido la Firma otras compañías en los últimos 6 años? Si No Si la respuesta es afirmativa dar detalles _____

De detalles de nombres, clasificación (si existe), experiencia y edades de todos los directores, socios y empleados: Adjuntar detalle _____

Establezca el número de personas que laboran en cada oficina de la firma:

a) Socios o Directores: _____

b) Empleados que no sean secretarías y conserjes: _____

c) Secretarías y Conserjes: _____

¿Cuál es el estatus de la Firma? Correduría de Seguros Agente de Seguros

¿Realiza la Firma otras actividades no relacionadas con seguros? Si No

Si la respuesta es afirmativa dar detalles: _____

¿Tiene la Firma, negocios con nuestra compañía? Si No

¿Tiene la Firma, autoridad para emitir en nombre de? a) Nuestra compañía b) Cualquier otra compañía

¿Durante el último año cuál fue el ingreso total de primas de la Firma con esta compañía? _____

¿Durante el último año cuál fue el ingreso total de comisiones de la Firma? _____

Valor total a que asciende su producción en los siguientes productos:

| PRODUCTO | VALOR | PRODUCTO | VALOR |
|--------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| 1. Incendio | | 8. Todo Riesgo de Contratistas | |
| 2. Seguros de Personas | | 9. Montaje | |
| 3. Automóviles | | 10. Calderas | |
| 4. Equipo Electrónico | | 11. Aviones | |
| 5. Transporte | | 12. Casco Marítimo | |
| 6. Dinero y Valores | | 13. Banqueros | |
| 7. Responsabilidad Civil | | 14. Otros (especificar) | |

¿La Firma utiliza procesadoras electrónicas de datos (computadoras)? Si No

¿Tiene la firma con un software de seguros? Si No

Dar detalles de seguros similares a este afectados en los últimos 6 años

| Nombre de la compañía aseguradora | Suma asegurada | Vigencia |
|-----------------------------------|----------------|----------|
| | | |
| | | |

10. Otras Cláusulas Especiales

11. Resumen

| No | Detalle | Suma Propuesta (Lps. O US\$) | Tasa Por Ciento % | Valor Prima |
|----|---------|------------------------------|-------------------|-------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**

Ha sido alguna solicitud de seguro de este tipo hecha por la Firma o en nombre de la misma o de sus socios o directores actuales o pasados.
a) Denegada b) Cancelada c) No renovada d) Emitida sujeta a condiciones especiales

Si la respuesta es afirmativa dar detalles: _____

Han sido sujeto a reclamos:
a) La Firma b) Sus predecesores en negocios c) Cualquier socio o director, presente o pasado de la Firma o sus predecesores en negocios

Si la respuesta es afirmativa dar detalles: _____

¿Tiene cualquier socio o director conocimiento de alguna circunstancia que pudiera resultar en una reclamación en contra de?
a) La Firma b) Sus predecesores en negocios c) Cualquier socio o director, presente o pasado de la Firma o sus predecesores en negocios

Si la respuesta es afirmativa dar detalles: _____

12. Deducible

| | | | |
|--------------------|--|------------------|--|
| Prima Neta | | Numero de Pagos: | |
| Impuesto | | | |
| Gastos de Emisión | | | |
| PRIMA TOTAL | | | |

13. Forma de Pago

Ventanilla Descuento por Nómina o Planilla Tarjeta de Crédito/debito
Cuenta de Ahorro Cuenta de Cheques Extrafinanciamiento

* Si su pago es a través de extrafinanciamiento no debe completar la información de "Datos de la Tarjeta"

Datos de la Tarjeta

No. De Tarjeta:

Tipo de Tarjeta: Crédito Visa Master Card American Express
 Débito

Vencimiento de la Tarjeta: Mes: _____ Año: _____

Banco emisor de la Tarjeta: _____ Moneda: LPS USD

Titular de la Tarjeta: _____

* Sí su tarjeta es de débito, favor detalle información de su cuenta bancaria en las siguientes casillas.

Datos de la cuenta Bancaria

No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:

Tipo de Cuenta: Ahorro Cheques Moneda: LPS USD

Titular de la Cuenta: _____

Para el envío de información de su póliza contratadas y demás productos y servicios de Davivienda Seguros, seleccione el medio de su conveniencia:

SMS y WhatsApp, Favor brindar numero telefónico: (504) _____

Correspondencia electrónica (Email), Favor brindar el correo electrónico: _____

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**

Declaración de Origen de Fondos y Autorización para consulta y reporte a las Centrales de Riesgo

Declaro que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Hondureño. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, la Compañía de Seguros está facultada a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.

Asímismo, autorizo a esta Compañía de Seguros a reportar, procesar, solicitar y consultar la información necesaria sobre mi comportamiento crediticio en las Centrales de Riesgo y mis operaciones reportadas en la Central de Información del Sistema Asegurador.

Declaración del cliente:

Declaro que he sido informado sobre los costos, derechos y obligaciones que involucran tanto la suscripción de un contrato de seguros como la indemnización del reclamo; que he recibido indicaciones para la buena administración y manejo de los mismos, así como las posibles consecuencias por su mal uso. De igual forma que se me ha brindado la debida asesoría con toda la información vinculada al producto de Seguros Ofertado como ser las coberturas necesarias sobre la protección adecuada de riesgos, la facultad y derecho que tengo a designar o revocar a un intermediario de Seguros.

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**

Autorización entrega de documentos a Intermediarios o Corredores de Seguros

Por este medio autorizo a la Compañía de Seguros para que toda documentación incluyendo póliza y clausulados, endosos de modificación, endoso de beneficiario, renovación, endoso de cancelación y notificaciones relacionadas al seguro que mediante esta solicitud estoy contratando; sea entregado al Intermediario o Corredor de Seguros que maneja mi póliza, quien posteriormente me hará entrega de la misma

El contratante hace constar que conoce y acepta las condiciones Generales y Particulares de la póliza

Las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza se encuentran disponibles para su revisión en la página www.davivienda.com.hn

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Firma de Aprobación

LA0364B
Octubre 2019

Información del Agente/Asesor de Seguros

Para ser completado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista

| Nombre del Responsable de la Entrevista | Número de Agente |
|---|---|
| | |
| Sucursal: | |
| ¿Desde cuando conoce personalmente al solicitante? | |
| ¿Le consta que el cliente completó y firmó la solicitud? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| ¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| Especifique: | |
| Informo que mi relación con el potencial cliente es de tipo: Familiar <input type="radio"/> Personal <input type="radio"/> Referido <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> | |
| ¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| ¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| Dejo evidencia y declaro haber realizado la entrevista presencial con el cliente y revisado la completación del presente formulario | |
| Ciudad: | Firma del responsable de la entrevista |
| Departamento: | |
| Fecha: | |