

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL MÁXIMA PROTECCIÓN (MAX PRO INDIVIDUAL) SOLICITUD DE SEGURO

Expediente No

Marcar con la opción escogida

Persona Natural

Comerciante Individual

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
DNI <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet de Residente <input type="checkbox"/>	No. De Identificación:	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		Genero F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre de la Institución	Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta	Total Tiempo Laborado
Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante complete lo siguiente:				
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:				
Tipo de Identificación	DNI	No. De Identificación	Relación Afinidad	Actividad económica

Dirección Completa de Residencia

Cobro

Notificaciones

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de referencia		Departamento		Municipio	
País de Residencia	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono de residencia	Cód. de Área	Celular

Dirección Completa de Trabajo

Cobro

Notificaciones

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de referencia		Departamento		Municipio	
País de Trabajo	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono de Trabajo	Cód. de Área	Celular

Por favor seleccione en cuál dirección desea que se le realicen los cobros y notificaciones de la póliza de seguro.

Información Financiera

Montos declarados	Ingresos	Egresos
De 0 a 3 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 4 a 6 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 7 a 10 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 11 a 20 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 21 a 50 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 51 Salarios Mínimos en adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Montos declarados		Activos
-	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>

Montos declarados		Pasivos
-	L 500,000.00	<input type="radio"/>
L 500,001.00	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>

Detalle el origen de los recursos: _____ Ingreso total anual L: _____

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

II. Datos Generales del Contratante (Sólo si es diferente que el Asegurado)

Expediente No

II.I En caso de ser PersonaNatural/Representante Legal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
DNI <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/>		No. De Identificación:		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
Nombre de la Institución	Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta	Total Tiempo Laborado

Dirección Completa de Residencia

Cobro Notificaciones

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de referencia		Departamento		Municipio	
Pais de Residencia	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono de residencia	Cód. de Área	Celular

Dirección Completa de Trabajo

Cobro Notificaciones

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de referencia		Departamento		Municipio	
Pais de Trabajo	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono de Trabajo	Cód. de Área	Celular

Información Financiera del Representante Legal/Persona Autorizada para Contratar

Montos declarados	Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Montos declarados		Pasivos
			-	L 500,000.00		-	L 500,000.00	
De 0 a 3 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	L 500,001.00	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
De 4 a 6 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
De 7 a 10 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
De 11 a 20 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
De 21 a 50 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>
De 51 Salarios Mínimos en adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>	L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>

Detalle el origen de los recursos:

Ingreso total anual L.:

¿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 Monto en Lempiras		Tipo de Moneda:	Dólar <input type="radio"/>	Euro <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>

II. II En caso de que el Contratante sea:

Datos Generales

Persona Jurídica Empresa de Gobierno Entidad Supervisada ONG

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

--	--

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
DNI			
DNI			
DNI			

En caso de tener más accionistas reportar la totalidad accionaria en una Hoja Adicional

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva

Nombre	Puesto que desempeña en la Junta Directiva

En caso de tener más miembros de la Junta Directiva reportar en una Hoja Adicional.

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 número telefónico: (504) _____

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

Información Financiera del Contratante Persona Jurídica

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

Detalle el origen de los recursos: _____

Ingreso total anual L: _____

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

III. Programa de Coberturas

Descripción		Suma Propuesta	
		HNL <input type="radio"/>	USD <input type="radio"/>
1	Básica por Fallecimiento Accidental a. Muerte Accidental <input type="radio"/> b. Muerte Accidental Calificada <input type="radio"/>		
2	Coberturas Adicionales a. Incapacidad Permanente por Accidente <input type="radio"/> b. Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental o Pérdida de la audición por causa accidental <input type="radio"/>		
3	Gastos Médicos por Accidente Deducible por Accidente :		
4	Incapacidad Temporal por Accidente a partir de: día		
5	Renta por Hospitalización a partir día. a. Por Accidente <input type="radio"/> b. Por Enfermedad o Accidente <input type="radio"/>		
6	Últimos gastos a. Por Accidente <input type="radio"/> b. Por Enfermedad o Accidente <input type="radio"/>		
7	Cláusula Especial de AGRESION	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

IV. Duración del Seguro

Día		Mes		Año		A partir del		Al	
-----	--	-----	--	-----	--	--------------	--	----	--

V. Programa de Aportaciones

Prima programada anual	N° de Pagos	Prima pagadera en
		HNL <input type="radio"/> USD <input type="radio"/>

VI. Forma de Pago

Ventanilla <input type="radio"/>	Descuento por Nómina o Planilla <input type="radio"/>	Tarjeta de Crédito/Debito <input type="radio"/>
Cuenta de Ahorro <input type="radio"/>	Cuenta de Cheques <input type="radio"/>	Extra Financiamiento <input type="radio"/>
* Si su pago es a través de Extra Financiamiento no debe completar la información de Datos de la Tarjeta		

Datos de la Tarjeta													
No. De Tarjeta:													
Tipo de Tarjeta	Crédito <input type="radio"/>	Débito <input type="radio"/>	Visa <input type="radio"/>	Master Card <input type="radio"/>	American Express <input type="radio"/>								
Vencimiento de la Tarjeta:	Mes:		Año:										
Banco emisor de la Tarjeta:											Moneda	LPS <input type="radio"/>	USD <input type="radio"/>
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 <input type="radio"/>	Cheque <input type="radio"/>	Moneda	LPS <input type="radio"/>	USD <input type="radio"/>								
Titular de la Cuenta:													

VII. Favor Indicar si realiza alguna de las siguientes actividades especiales:													
Práctica de:													
1. Polo, pesca en alta mar, rodeo, boxeo o rugby?	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	3. Viaja en aviones y/o helicópteros privados	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>								
2. Maneja aviones y/o helicópteros privados	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	4. Maneja motoneta, motocicletas o similares	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>								

VIII. Otros Datos													
1. Estatura:	2. Peso:	3. ¿Es zurdo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>									
4. ¿Le hace falta algún miembro o parte de él?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Detalle hasta donde:										
5. ¿Tiene alguna deformación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Explique:										
6. Estado de la vista del ojo derecho:	7. Estado de la vista del ojo izquierdo:												
8. Estado audición oído derecho:	9. Estado audición oído izquierdo:												
10. Datos del Médico de cabecera o tratante:													
Nombre completo: _____													
Dirección _____													

11. ¿Ha padecido o padece de?

Epilepsia	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Tuberculosis	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Vértigos	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Gota	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Enfermedades mentales o del sistema nervioso	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Cáncer	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Enfermedades del corazón	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Tumor	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Hipertensión arterial	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Úlcera	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Afecciones coronarias	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Enfermedades de los pulmones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Venas varicosas	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Enfermedades de los riñones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Diabetes	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Enfermedades de los ojos y oídos	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

12. ¿Viaja usted habitualmente, hacia dónde y con qué frecuencia?

13. ¿Fuera de su trabajo tiene usted otras ocupaciones?

IX. Otros Seguros de Vida

¿Actualmente cuenta con otros seguros de vida o de accidentes personales (AP)? Si No

Compañía	Suma Asegurada Vida	Suma Asegurada Accidentes Personales

¿Alguna otra compañía lo ha rechazado o extraprimado? Si No

¿Qué compañía?:

Siniestro ocurridos en los últimos tres (3) años:

¿Actualmente está solicitando otro seguro? Si No ¿Qué tipo de Seguro?

Suma asegurada solicitada:	Compañía a la que solicita:

X. Beneficiarios: El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de beneficiarios atribuye a la persona, en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro..

Beneficiarios Principales

Nombre	DNI	Dirección	Parentesco con el Solicitante	%	Fecha de Nacimiento			Expediente No. Uso Oficina
					D	M	A	

Beneficiarios Contingentes

Nombre	DNI	Dirección	Parentesco con el Solicitante	%	Fecha de Nacimiento			Expediente No. Uso Oficina
					D	M	A	

Observaciones

XI. Referencias del Asegurado

Nombre	Domicilio	Teléfono

IMPORTANTE PARA EL CONTRATANTE Y/O EL SOLICITANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR):

De acuerdo al Código de Comercio de la República de Honduras, las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.

En consecuencia, la declaración inexacta o falsa de un hecho importante que se les pregunte, podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

Declaro, en mi nombre y el de cualquier otra persona que tenga o reclame algún interés en la póliza que a consecuencia de esta solicitud se expida, lo siguiente:

1. Que la Información que he proporcionado en la presente solicitud que formará parte integrante del contrato de Seguro, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones u ocultaciones intencionales.
2. Que el seguro solicitado por la presente solicitud no se considerará en vigor sino hasta que la póliza haya sido expedida por la Compañía de Seguros, por la cantidad, clase y forma de pago de primas propuestas en esta solicitud, de acuerdo con las tarifas de primas vigentes de la Compañía de Seguros y, que esa misma póliza haya sido recibida y aceptada personalmente por mí.
3. Que la Compañía de Seguros dispondrá de 15 días a partir de la fecha de esa solicitud, durante los cuales la considerará y si dentro de este período no he recibido ninguna póliza o no se ha hecho notificación sobre ella entonces se dará como declinada por la Compañía de Seguros.

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.

Así mismo, 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.

Autorizo a los Médicos, Hospitales o Instituciones que me hayan examinado o asistido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (DAVIVIENDA SEGUROS) todos los informes concernientes a mi estado de salud anterior y actual; y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la Compañía de Seguros lo considere oportuno.

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.

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:
Fecha:

Firma del Solicitante

Firma del Contratante

En caso de solicitantes menores de edad, se requiere la firma del representante Legal.		Firma
Nombre del Representante	Parentesco	

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Aprobado por:	Fecha de aprobación
---------------	---------------------

Información del Agente/Asesor de Seguros**S-SV-SMPI-05-22**

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

Nombre del Responsable de la Entrevista		Número de Agente	
Sucursal:			
¿Desde cuándo conoce personalmente al solicitante?			
¿Le consta que el cliente completó y firmó la solicitud?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Especifique:			
Informo que mi relación con el potencial cliente es de tipo:		Familiar <input type="checkbox"/>	Personal <input type="checkbox"/>
		Referido <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>
¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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:			