

Enviar este Cuestionario debidamente completado junto con los siguientes documentos:

1. Acta de constitución del Empleador.
2. Identificación del representante legal del Empleador.
3. Estados financieros del Empleador de los últimos 2 años.
4. Declaración de impuestos del Empleador de los últimos 2 años cuando la cobertura de la persona clave es \$500,000 o mas.
5. Declaración de impuestos de la Persona Clave de los últimos 2 años cuando la cobertura de la persona clave es \$250,000 o mas.

Por favor continúe en la siguiente página

Nombre del propuesto asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____
mm dd aaaa

Monto de cobertura solicitada: _____

El dueño de la póliza es el Empleador.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa: _____ Número de empleados: _____

Dirección de la empresa: _____

Ciudad

Estado

País

Código postal

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Página web: _____

Naturaleza de la empresa: _____

Industria

Sector

Productos y servicios prestados

Fecha de creación/constitución: _____
mm dd aaaa

Número de Registro de Contribuyente: _____

Nombrar principales accionistas o socios: _____

Nombre del representante legal: _____ Cargo: _____

Indique el volumen de negocios anual, el beneficio bruto, los gastos y el beneficio neto de los tres últimos años fiscales:

AÑO	VOLUMEN DE NEGOCIOS ANUAL	BENEFICIO BRUTO	GASTOS	BENEFICIO NETO

Breve descripción de Plan de Negocios y Proyecciones Financieras: _____

INFORMACION DE LA PERSONA CLAVE (ASEGURADO)

Cargo: _____ Fecha de contratación: _____ | _____ | _____
mm dd aaaa

Función dentro de la empresa: (funciones y responsabilidades:) _____

Remuneración total (salario, bonos, comisiones y beneficios) de los últimos tres años.

AÑO	REMUNERACION TOTAL	DETALLES (Bonos, comisiones, etc)

Describa las habilidades, experiencia, cualidades, etc. del propuesto asegurado que la hacen ser una persona clave para el éxito de la empresa. _____

Cómo se ha calculado la suma asegurada para la persona clave: _____

¿Es ésta la única póliza y/o solicitud de cobertura de persona clave para el propuesto asegurado? SI NO
 Si la respuesta es NO, indique los detalles de las otras solicitudes que se están presentando:

COMPañÍA	MONTO DE COBERTURA	TIPO Y TERMINO DE LA PÓLIZA

Indique todas las otras pólizas vigentes de vida, enfermedades críticas, protección familiar o protección de ingresos:

COMPañÍA	MONTO DE COBERTURA	FECHA DE EFECTIVIDAD	TIPO Y TERMINO DE LA PÓLIZA	RAZON DE LA COBERTURA

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender y que no he ocultado ninguna información que pueda influir en la evaluación o aceptación de esta solicitud. Acepto que este cuestionario formará parte de la solicitud de seguro de la persona clave y que la omisión de cualquier dato puede invalidar el contrato. Así mismo, certifico que he revisado la solicitud de seguro presentada por la persona clave y certifico estar de acuerdo con los términos y condiciones de la solicitud de dicho seguro.

Firma del Representante legal del Empleador: _____

Firma del propuesto asegurado: _____

Fecha: | |
 mm dd aaaa