

Número de póliza: _____

Nombre completo del propuesto asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: dd /mm / aa Monto de cobertura solicitada: _____

La empresa será la dueña de la póliza.

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: dd /mm / aa

Número de empresa u otro numero de registro, si procede: _____

Nombre del representante legal: _____

Cargo del representante legal: _____

Volumen de negocios anual, el beneficio bruto, los gastos y el beneficio neto de los tres ultimas años fiscales:

AÑO	VOLUMEN DE NEGOCIO ANUAL	BENEFICIO BRUTO	GASTOS	BENEFICIO NETO

DETALLES DEL PROPUESTO ASEGURADO

Profesión y cargo: _____ Fecha de contratación: dd / mm / aa

Función dentro de la empresa: funciones y responsabilidades: _____

COBERTURA DE PERSONA CLAVE

Por favor, facilite los siguientes datos:

El paquete de remuneración total de la persona clave (salario y beneficios) durante los últimos tres años financieros.:

AÑO	SALARIO	BENEFICIOS

Por qué se le considera esencial para el éxito de la empresa. Incluya detalles de las habilidades, experiencia, cualidades, etc. de la persona clave que la hacen "clave". _____

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

Si se ha contratado o se va a contratar la cobertura de persona clave para otras personas;

En caso afirmativo, rellene un formulario para cada una de ellas **SI** **NO**

¿Es esta la única solicitud de cobertura de persona clave para el propuesto asegurado?

Si la respuesta es NO, indique los detalles de las otras solicitudes que se están

presentando: **SI** **NO**

COMPAÑIA	MONTO DE COBERTURA	TIPO Y TÉRMINO DE PÓLIZA	RAZÓN POR LA PÓLIZA

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

COMPañIA	MONTO DE COBERTURA	FECHA DE EFECTIVIDAD	TIPO Y TÉRMINO DE PÓLIZA	RAZÓN POR LA COBERTURA

DECLARACIÓN

Confirmando 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 información puede invalidar el contrato.

Firma del Representante Legal de la empresa: _____

Firma del propuesto asegurado: _____

Fecha: dd / mm / aa

Enviar este Cuestionario debidamente completado junto con los siguientes documentos:

1. Acta de constitución de la empresa.
2. Identificación del representante legal de la empresa.
3. Estados financieros de la empresa de los últimos 2 años.
4. Declaración de impuestos de la empresa de los últimos 2 años (cuando la cobertura de la persona clave es de \$500.000 o mayor).
5. Plan de negocio y proyecciones financieras
6. Auditoria del negocio por un contador certificado (cuando la cobertura es de \$1,000,000 o mayor).
7. Declaración personal de impuestos de la persona clave de los últimos 2 años (cuando la cobertura de una persona es de \$ 250,000 o mayor).