

**Formato para Emitir una Póliza**

1. **Razón social completa del asegurado:**

1. **Nombre del apoderado quien firmará la póliza:**

1. **Dirección completa:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Teléfono:** |  | **Fax:** |  | **Celular:** |  |

1. **RFC:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Fecha de capacitación:** | Anexe fecha. | **Hora:** |  | **Personas asistentes** |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombres

1. **Inicio de Vigencia de póliza:**

1. **¿Cuántos estudios de límites se analizarán? (estime la cantidad de líneas que inicialmente se analizarán)**

1. **¿Se puede referir el nombre del asegurado para los estudios de crédito?**

Si  No

1. **Forma de pago de prima acordado:**

1. **Mencione los endosos especiales acordados:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Franquicia |  | Indemnización Máxima LCD |  |
| Deducible |  | Exclusión de Riesgo Político |  |
| Bono por Siniestralidad |  | Malus por Siniestralidad |  |
| Otro, Especifique: |  | | |

1. **En caso de que exista coasegurados, proporcionar las razones sociales que participarán:**

1. **¿Está informado el operador de la póliza sobre las condiciones acordadas?**

Sí  No ¿Por qué?

1. **Nombres de las personas que recibirán los endosos de los límites de crédito: (datos forzosos)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Email** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Nombres de las personas que tendrán acceso a MiSolunion: (datos forzosos)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Email** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Nombres de las personas que recibirán la factura de cobro de la prima del seguro de crédito:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Email** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Comentarios:**

**Nombre y Firma de Conformidad**