

**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**