



FORMATO N° 1
EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN EL MANEJO DE PROGRAMAS DE SEGUROS (PRIMAS)

	ASEGURADO (CLIENTE)	PÓLIZAS CONTRATADAS	VIGENCIA DE LA PÓLIZA (FECHA INICIO Y FECHA FIN)	VALOR PRIMAS EMITIDAS SIN I.V.A.	FUNCIONARIO DEL CLIENTE QUE CONFIRMA LA INFORMACIÓN	TELÉFONO
1						
2						
3						
4						

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. N°