



Servicio de Asesoría

Corredores



pacífico
seguros

Nombre del corredor

Fecha / /

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Empresa: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio: _____

CÓNYUGE

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Empresa: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

HIJO

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

2. PREGUNTAS DE PERFIL

En caso Ud. o sus hijos necesiten atención médica ¿en qué clínica le gustaría atenderse?

3. INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO DE SALUD PARTICULAR (si lo tiene en otra compañía)

¿Con qué compañía lo tiene? _____

¿Desde cuándo lo tiene? _____

¿Está recibiendo algún tratamiento complejo? _____

¿Cuenta con cobertura internacional? _____

¿Cuenta con opción de reembolso? _____

¿Cuenta con cobertura oncológica? _____

¿Está conforme con el servicio? _____

¿Está conforme con el precio? _____

ANEXO

Por favor, mencione a 3 ó 4 amigos o familiares que podrían estar interesados en brindarle asesoría sobre seguros de salud.

	Nombre	Edad	Estado Civil	Hijos	Actividad	Teléfono	Observaciones
Familiar							
Social							
Profesional							
Personal							

	Nombre	Edad	Estado Civil	Hijos	Actividad	Teléfono	Observaciones
Familiar							
Social							
Profesional							
Personal							



pacífico
seguros