Procedimiento para la Gestión de Pólizas Nuevas y Traspaso de Pólizas a Confia.
Area de Operaciones/Beneficios

1. Objetivo General

Definir el procedimiento a seguir por las partes involucradas en la emisión y traspaso de pólizas colectivas, estableciendo los requisitos, roles y responsabilidades tanto del ejecutivo de cuentas como del corredor de seguros, para brindar un servicio efectivo y eficiente.

2. Objetivos Específicos:

2.1 Definir los requisitos que se deben presentar para la correcta emisión y traspaso de las pólizas colectivas.
2.2 Definir las funciones del ejecutivo de cuenta en la emisión y traspaso de polizas colectivas.
2.3 Establecer los responsables del proceso.

3. Alcance:

Este procedimiento aplica para los colaboradores del área de operaciones y del área comercial de Confia. (Ejecutivos de Cuenta y Corredores de Seguros).

4. Areas Involucradas:

4.1. Area Operaciones-Beneficios.

4.2 Area Comercial.

5. Contenido:

5.1. Solicitud para gestionar una cuenta (póliza) nueva
- 5.1.1. Requisitos documentales/Responsabilidade
- 5.1.2. Asignación del ejecutivo de cuenta
- 5.1.3. Funciones del ejecutivo de cuenta
- 5.1.4. Documentos entregables del proceso

5.2. Solicitud para gestionar un traslado de poliza a confia
5.2.1. Requisitos Documentales/Responsabilidades
5.2.2. Asignación del ejecutivo de cuenta
5.2.3. Funciones del ejecutivo de cuenta
5.2.4. Documentos Entregables del proceso
5.3 Notas Importantes
5.4 Anexos

6. Solicitud de gestión de de una cuenta nueva

6.1. **Requisitos documentales:**

Es responsabilidad del corredor de seguros presentar la siguiente documentación por medio de correo electrónico y notificar al líder de operaciones (Paola Rodriguez, email prodriquez@confia.co.cr) para la asignación de un ejecutivo de cuenta:

6.1.1 KYC Firmado por el cliente.
6.1.2 Oferta de Seguros Firmada y aceptada por el cliente.
6.1.3 Cédula del representante legal por ambos lados.
6.1.4 Personería Jurídica no mas de 1 mes de emitida.
6.1.5 Carta de Aceptación firmada por el cliente.
6.1.6 Solicitud de Seguro de la asseguradora seleccionada completa y firmada.
6.1.7 Censo con la información de: cedula, nombre y apellidos, correo electrónico, dirección, teléfono, y cuenta cliente IBAN para pago de reclamos, moneda y banco.
6.1.8 Contacto de facturación y cobros (correos electronicos y celulares)
6.1.9 Contacto de tomador de la cuenta (correos electronicos y celulares)
6.1.10 Respaldo de ingresos (uno de ellos): Estados Financieros, flujos de caja historicos hechos por contador privado o publico.(en caso de estar abierto al mercado no son necesarios).
6.1.11 Boleta (Check list) de los requisitos a presentar al cliente.

El proceso de cotización es el corredor de seguros quien decide si lo realiza en conjunto con el area comercial (Claudia Herrera) o bien con la aseguradora.

Una vez recibida esta documentación, el líder de operaciones asignará un ejecutivo a cargo de la cuenta para la coordinación con el cliente y le informará tanto al corredor de seguros como al ejecutivo para que de inicio al proceso de emisión con la aseguradora y las areas involucradas en confía (trámites, cumplimiento y facturación). Se enviará al cliente el ejecutivo a cargo de la cuenta con copia al Corredor de la Cuenta.

6.2. Cuentas Regionales

Corredor debe negociar directamente la colocación y presentar

6.2.1 Copia de la oferta aceptada por el cliente
6.2.2 Copia de las pólizas emitidas
Contacto del corredor corresponsal
6.2.3 Indicar que servicio se requiere por parte de CONFIA

Telefono, email y contacto en la empresa (cliente)

6.2.4 Indicar % de comisión a compartir con corredor corresponsal

Los corredores corresponsables son:

6.2.5 EL SALVADOR
Carlos Iraheta
iraheta.carlos@coaseguros.com

6.2.6 GUATEMALA
Manuel Morales
mmoralesh@todoriesgo.net

6.2.7 PANAMA
Rolando KAM
rolandokam@kampasa.con

CONFIA asignará un ejecutivo para dar seguimento a la cuenta.

7 Funciones del ejecutivo de Cuenta:

7.2.1 Una vez que recibe la documentación completa debe enviar a la aseguradora los documentos para emisión de la poliza, al area de trámites para creación del cliente, copiar a facturación y cumplimiento y dar el seguimiento hasta que se complete el proceso. (ver anexo 1), el ejecutivo de cuenta debe dar seguimiento a la aplicación del pago para la emisión.
7.2.2 Solicitar a las aseguradoras las condiciones particulares para validarlas contra la oferta presentada.
7.2.3 Coordinar con el cliente la charla para la explicación de los beneficios del seguro.
7.2.4 Enviar al cliente los formularios de enrolamiento y consentimiento informado para el llenado correspondiente.
7.2.5 Coordinar con el cliente procedimento para las inclusiones y exclusiones.
7.2.6 Guiar en caso de ser necesario al cliente para el llenado de los documentos de
7.2.7 enrolamiento y consentimiento informado.
7.2.8 Enviar al cliente el brochure, vídeo con presentación de los beneficios, como usar la red médica y como presentar reclamos.
7.2.9 Enviar PDF de como subir reclamos a la página web
7.2.10 Dar seguimiento del trámite e informar al corredor de seguros.
7.2.11 Brindar servicio al cliente y seguimiento a la cuenta una vez quede la emisión completada.
7.2.12 Charlas al personal de nuevo ingreso.

La coordinación con el cliente y envío de la información a trámites de hacerse en un periodo de 24 a 48 horas máximo.

7.3 Documentos entregables del proceso:

Entregable	Responsable
Condiciones Particulares	Aseguradora
Aviso de Cobro	Aseguradora
Charla	Ejecutivo de Cuenta
Formulario de enrolamiento y consentimiento Informado firmados	Ejecutivo de Cuenta
Inclusión en Siscon	Tramites GM

Factura	Facturación Confia
Seguimiento de Inclusión	Ejecutivo de Cuenta

8 Solicitud para gestionar el traspaso de pólizas colectivas a CONFIA

8.1 Requisitos Documentales:

El corredor de seguros deberá presentar los siguientes requisitos:

8.2.1.1 Carta de traspaso de aceptación por el cliente.
8.2.1.2 K y C firmado por cliente.
8.2.1.3 Copia de la cédula y personería jurídica no mas 1 mes.
8.2.1.4 Condiciones Particulares.
8.2.1.5 Contacto de facturación y cobros (correos electronicos y celulares).
8.2.1.6 Contacto de tomador de la cuenta (correos electronicos y celulares).
8.2.1.7 Estados financieros (cuando esta abierto al mercado no son necesarios).

Una vez recibida esta información, el Lider de Operaciones asignará un ejecutivo a cargo de la cuenta para la coordinación con el cliente y le informará tanto al corredor como al ejecutivo de la solicitud. Se enviara información al cliente con el ejecutivo assignado.

8.3 Funciones del ejecutivo de Cuenta:

8.3.1 Coordinar con el cliente la charla para la explicación de los beneficios del seguro.
8.3.2 Solicitar a la aseguradora el censo con la información: cedula, nombre, correo electrónico, dirección, teléfono y cuenta cliente para pago de reclamos, moneda y banco.
8.3.3 Enviar la documentación completa para la inclusión y digitación a tramitesgm@confia.co.cr, a facturación (Stephanie Ortiz) y a cumplimiento. (Ver anexo 1).
8.3.4 El area de facturación es la encargada de la generación de la factura y cobros del cobro de esta. El ejecutivo de cuenta debe darle seguimiento a la aplicación del pago.
8.3.5 Informar y dar seguimiento del trámite al corredor de seguros.
8.3.6 Brindar servicio al cliente y seguimiento a la cuenta.
8.3.7 Charlas al personal de nuevo ingreso.
8.3.8 Coordinar con el cliente procedimento para las inclusiones y exclusiones.
8.3.9 Enviar al cliente el brochure, vídeo con presentación de los benefícios, como usar la red médica y como presentar reclamos.

La coordinación con el cliente y envío de la información a trámites de hacerse en un periodo de 24 a 48 horas máximo.

8.3 Documentos entregables del proceso:

Entregable	Responsable
Charla Informativa	Ejecutivo de Cuenta
Listado de asegurados activos	Ejecutivo de Cuenta
Inclusión en Siscon	Tramites GM
Seguimiento de Inclusión	Ejecutivo de Cuenta

8.4 Notas Importantes:

8.4.1 En caso de traspasos con cambio de aseguradora, aplican los mismos requisitos detallados para la emisión de nuevas pólizas colectivas.
8.4.2 El ejecutivo de cuenta debe informar al corredor de seguros sobre el seguimiento del proceso de dentro de un plazo máximo de 7 días, ya sea que el proceso esté completado o pendiente de documentación adicional por parte del cliente.
8.4.3 Es crucial que los corredores de seguros participen en la primer charla o webinars coordinados por el ejecutivo de cuentas con el cliente.
8.4.4 El área de facturación deberá copiar e informar al ejecutivo sobre la emisión de la factura mensual según la frecuencia de pago del cliente.
8.4.5 Si la documentación no esta completa, se devolverá el caso al corredor de seguros para que sea completada.
8.4.6 Los tiempos de respuesta de la aseguradora para emisión de polizas son los siguientes: 10 a 15 días, en el caso del INS puede tardar de 20 a 30 días.

Este procedimiento asegura una gestión clara y eficiente de la emisión y traspaso de pólizas colectivas, garantizando el cumplimiento de requisitos y la satisfacción del cliente en Confia.

9. Anexos

9.1 Machote Excel solicitado en el área de trámites:

IDENTIFICACION	POLIZA	NOMBRE	CORREOS	TELEFONOS	FECHA EFECTIVA	FECHA NACIMIENTO	CATEGORIA	SALARIO	CANTIDAD DE SALARIOS	MONTO ASEGURADO POLIZA	NUMERO OPERACION CREDITICIA	REQUIERE OPERACION

9.2 Ejemplos de KYC

FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA FÍSICA O JURÍDICA

CONFÍA
CORREDORES DE SEGUROS

Fecha:

Los datos solicitados en este formulario se encuentran con fundamento en el Reglamento para la Prevención del Riesgo de Legitimación de capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, así como en el Reglamento del Centro de Información conozca a su Cliente.

Instrucciones: El formulario debe entregarse con todos los espacios completos, cuando no aplique alguna casilla debe indicarse N/A o una línea horizontal.

Datos personales (pers. física) o datos del Representante Legal (pers. jurídica)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
RAMIREZ	CASTILLO	ARIANA MARIA	20/09/1997

N° de identificación	Tipo de identificación	Fecha de caducidad	Sexo
2-0770-0809	☑ Cédula ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ DIMEX	17/09/2025	☐ Masculino ☑ Femenino

Nacionalidad	País de nacimiento	Posee otra nacionalidad	Si posee otra nacionalidad, indique cuál
CR	CR	☐ Sí ☑ No	NA

Profesión	Ocupación	Estado Civil
Ingeniera de Telecomunicaciones	Gerente	☑ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión de Hecho

N° teléfono domicilio	N° teléfono celular	Correo electrónico
NA	NA	anamirez@SonicWall.com

Domicilio:	Provincia	Cantón	Distrito
☑ Nacional	Alajuela	San Ramon	San Juan
	Otras señas:	San Juan	
☐ Extranjero	País: NA	Otras señas:	NA

Datos de la empresa (completar solo para personas jurídicas)

Nombre Comercial/ Razón Social:	Cédula jurídica:
SonicWall Costa Rica, SRL	3-102-879546

Actividad económica	Fecha de constitución:	País de constitución:
Cyber security	16 Junio 2023	CR

N° teléfono domicilio	N° teléfono celular	Correo electrónico
+18885576642	NA	cma@sonicwall.com

Domicilio:	Provincia	Cantón	Distrito
☐ Nacional	San Jose	Montes de Oca	San Pedro
	Otras señas:	Los Yoses, 10 avenue, 37th bis street, Central Law	
☐ Extranjero	País: NA	Otras señas:	NA

Actividad y origen de los fondos para el pago de la póliza

Origen de los fondos (¿De dónde Provienen, la actividad que realiza?)			Profits
Ingreso mensual:	100,000	☐ Colones ☑ Dólares	N° teléfono de trabajo (pers. física): NA

Nombre de la empresa donde labora o actividad en caso de ser independiente (personas físicas):	NA

Frecuencia de pago de la póliza:	Anual	Medio de pago de la póliza:	Transferencia

Desempeña usted o la sociedad alguna actividad de las nombradas en el Art. 15 y 15 bis de la ley 7786? (Manejo de fondos de terceros). ☐ Sí ☑ No

En caso de ser positivo, debe adjuntar la inscripción otorgada por la SUGEF.

Personas Expuestas Políticamente (PEP)

Desempeña o ha desempeñado usted (pers. física), representante legal, algún socio, o beneficiario de la empresa (pers. jurídica) algún cargo político destacado en el país o en el extranjero (PEP)? ☐ Sí ☑ No

Observaciones

NA

Declaración Jurada

Declaro que tanto mi actividad, como profesión u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales, los dineros con los que adquirí los bienes relacionados y los utilizados para pagar la prima del presente contrato no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en la legislación costarricense, las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión o error en ellas, tendrán las consecuencias estipuladas por la ley, me obligo con la compañía a mantener actualizada la información suministrada, de acuerdo con los procedimientos establecidos. Así mismo declaro bajo juramento que la dirección de mi domicilio actual o de mi representada es el indicado en este formulario y en caso de que la misma cambie me comprometo a notificarlo inmediatamente a la Corredurìa. Autorizo a CONFÍA SOCIEDAD CORREDORA DE SEGUROS S.A., en forma expresa, para reportar, procesar, solicitar, suministrar, o divulgar, a sus colaboradores y a las entidades vinculadas legalmente autorizadas, todo lo relativo a mi información, o verificar por los medios que considere pertinentes, pudiendo en todo caso acceder, copiar y recopilar la información del firmante que se encuentre almacenada en bases de datos públicas o/o privadas, en sistemas o redes informáticas o telemáticas, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos; o que mis datos serán utilizados únicamente para validación de la ley N. 7786.

Firma del cliente o representante legal	Nombre y firma del corredor

9.3 Ejemplo de Solicitud de Seguro segun su tamaño.

PAN AMERICAN LIFE
INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.

f) DEDUCIBLES, COASEGUROS Y COPAGOS:

Coaseguro: ☑ 20% ☐ Otro: _____% **Deducible año calendario:** ☑ $100.00 ☐ $150.00

Copago: Consulta Médica: ☑ $15.00 **Exámenes:** ☑ 20% ☐ Otro: _____%

2) QUEDA ACEPTADO DE CONFORMIDAD POR EL CONTRATANTE QUE: Toda la información indicada en la Propuesta firmada ha sido leída y que todos los términos y condiciones de la misma han sido aceptados por el Contratante. Asimismo, que toda la información necesaria administrativa concerniente a todos los Asegurados, o empleados y sus familiares dependientes estarán sujetos a las estipulaciones de las(s) póliza(s) y deberá ser suministrada a la Compañía de Seguros por el patrono o Contratante, y que esta solicitud formará parte del Contrato que será emitido por la Compañía y que todas las declaraciones contenidas aquí son verdaderas.
Autoriza expresamente que la Compañía publique la lista de los proveedores de la red en el sitio oficial de internet de la aseguradora http://www.palig.com/Regions/costa_rica.aspx

3) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PREVIO A SUSCRIBIR ESTE FORMULARIO:
a) Información de los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos del producto; b) Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza; c) Período de vigencia del seguro; d) Procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro; e) Causas de extinción del contrato; f) Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento; g) Derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, ante una entidad aseguradora o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

Lugar y Fecha: California 07 / 11 / 2023

Nombre del Contratante: _____

Sello de la empresa

Representante Legal del Contratante: _____
Firma

Nombre del Intermediario: _____ **No. Licencia SUGESE:** _____

Sello del intermediario

Intermediario: _____
Firma

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P-16-15-A06-212 de fecha 9 de diciembre del 2015.

PAN AMERICAN LIFE
INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.
Compañía miembro de Pan American Life Insurance Group

f) DEDUCIBLES, COASEGUROS Y COPAGOS:

Coaseguro: ☑ 20% ☐ Otro: _____% **Deducible año calendario:** ☒ $100.00 ☐ $150.00

Copago: Consulta Médica: ☒ $15.00 **Exámenes:** ☑ 20% ☐ Otro: _____%

2) QUEDA ACEPTADO DE CONFORMIDAD POR EL CONTRATANTE QUE: Toda la información indicada en la Propuesta firmada ha sido leída y que todos los términos y condiciones de la misma han sido aceptados por el Contratante. Asimismo, que toda la información necesaria administrativa concerniente a todos los Asegurados, o empleados y sus familiares dependientes estarán sujetos a las estipulaciones de las(s) póliza(s) y deberá ser suministrada a la Compañía de Seguros por el patrono o Contratante, y que esta solicitud formará parte del Contrato que será emitido por la Compañía y que todas las declaraciones contenidas aquí son verdaderas.
Autoriza expresamente que la Compañía publique la lista de los proveedores de la red en el sitio oficial de internet de la aseguradora http://www.palig.com/Regions/costa_rica.aspx

3) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PREVIO A SUSCRIBIR ESTE FORMULARIO:
a) Información de los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos del producto; b) Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza; c) Periodo de vigencia del seguro; d) Procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro; e) Causas de extinción del contrato; f) Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento; g) Derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, ante una entidad aseguradora o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

Lugar y Fecha: California 07 / 11 / 2023

Nombre del Contratante: _____

Sello de la empresa

Representante Legal del Contratante: _____
Firma

Nombre del Intermediario: _____ **No. Licencia SUGESE:** _____

Sello del intermediario

Intermediario: _____
Firma

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P-16-15-A06-212 de fecha 9 de diciembre del 2016.

PAN AMERICAN LIFE
INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.
Compañía miembro de Pan American Life Insurance Group

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

POLIZA COLECTIVA DE SALUD DOLARES

SOLICITUD DE SEGURO PARA GRUPOS PEQUEÑOS

1) Por la presente se solicita a **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.** la emisión de una Póliza Colectiva de salud (Dólares) para los empleados del contratante y sus familiares dependientes (si aplica). Si la misma es aceptada, la póliza será emitida de la manera siguiente:

a) INFORMACION GENERAL DEL PATRONO O CONTRATANTE:

RAZON SOCIAL: SonicWall Costa Rica, SRL
CEDULA JURIDICA: 3-102-879549
DIRECCION: San Jose, Montes de Oca, San Pedro, Los Yoes
TELEFONO / FAX: +1 888 557 6642
CORREO ELECTRONICO: cma@sonicwall.com

FRECUENCIA DE PAGO:

	Mensual
	Trimestral
	Semestral
x	Anual

b) FECHA DE VIGENCIA:

15 DÍA	15	November MES	2023 AÑO

c) CONTRIBUCION EN EL PAGO DE PRIMAS:

CONTRIBUCION EN EL PAGO DE PRIMAS	POLIZA COLECTIVA DESALUD		
	NO CONTRIBUTIVA	CONTRIBUTIVA	
Empleado	100 %	%	**Nota:** El plan es contributivo cuando los Asegurados contribuyen al pago de primas. El plan es no contributivo cuando el patrono o Contratante cubre por su cuenta la prima total de la póliza.
Dependiente	100 %	%	

d) ELEGIBILIDAD: Los Afiliados que sean empleados actuales de tiempo completo (no menos de 40 horas semanales) activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles al seguro médico.

e) INDEMNIZACION EN MONEDA: Dólares Americanos.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P-16-35-A06-212 de fecha 9 de diciembre del 2016.

9.4Ejemplo de Cotización:

MINI MED

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A

Ilustración especialmente diseñada para:	[illegible]

Ingreso de datos

ID	Nombre empleado titular	Fecha de nacimiento	Cantidad de dependientes
1	[illegible]	[illegible]	
2	[illegible]	[illegible]	
3	[illegible]	[illegible]	
4	[illegible]	[illegible]	
5	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	[illegible]	
7	[illegible]	[illegible]	
8	[illegible]	[illegible]	
9	[illegible]	[illegible]	
10	[illegible]	[illegible]	
11	[illegible]	[illegible]	
12	[illegible]	[illegible]	
13	[illegible]	[illegible]	
14	[illegible]	[illegible]	
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

Plan a elegir:	PLAZA
Frecuencia de pago:	Anual
Cantidad de asegurados:	[illegible]
Edad Promedio Grupo:	[illegible]

Primas Anuales del Plan PLAZA

Enrolamiento:	Prima Anual
Empleado Solo	[illegible]
Adicional no dependiente	[illegible]
Adicional por Familia	[illegible]

Distribución del Costo por Enrolamiento

Empleados Solos	[illegible]
Empleados con no dependiente	[illegible]
Empleados con Familia	[illegible]

Prima Anual Total:	[illegible]
IVA (2%):	[illegible]
Prima Anual Total (con IVA):	[illegible]

Aceptación de la Ilustración

Nombre del contratante	
Cargo	
Fecha	[illegible]
Firma del contratante	
Lugar	California

Agente / Corredor

Nombre del intermediario	
Agencia o Corredor	
Número de Licencia Modelo	
Firma del intermediario	