

Nombre del Asegurado: _____
 Número de Solicitud: _____
 Suma Asegurada: _____
 Agencia: _____
 Agente: _____

Edad: _____
 Plan: _____
 Prima Anualizada: _____
 Supervisoría: _____
 Código de Agente: _____

Forma de Pago de las Primas	Anual	Desc. Salario	Semestral ACP o Desc. Bco.	Trimestral	Men. Voluntario Men. Cobrador Agencia
Ingreso Anual menos de B/.9,000	5	4	3	2	0
Ingreso Anual entre B/.9,001 y B/.15,000	6	5	4	3	0
Ingreso Anual entre B/.15,001 y B/.21,000	7	6	5	4	3
Ingreso Anual entre B/.21,001 y B/.27,000	8	7	6	5	4
Ingreso Anual mayor de B/.27,001	9	8	7	6	5

FACTORES POSITIVOS

- Seguro de vida vigente.....+1
- Antigüedad laboral más de 1 año.....+1
- Edad mayor de 30 años.....+1
- La prima anual de seguro no exceden el 7% del ingreso anual (incluyendo seguros anteriores).....+1
- Prima planeada = 0 + prima mínima.....+1
- Seguro para respaldo de Hipoteca.....+2
- Opción 2 – 4.....+3
- Persistencia agentes novatos + o = 95%, Limra + o = 85.....+1

FACTORES NEGATIVOS

- Edad menor de 30 años.....-1
- Primas mensuales exceden el 7% del ingreso mensual.....-2
- Prima planeada inferior a prima mínima.....-1
- Antigüedad laboral menos de 1 año.....-1
- Persistencia agentes novatos – 90%, Limra – 80%.....-1

CALIFICACIÓN

Forma de Pago	<input type="text"/>
Suma de Factores Positivos	<input type="text"/>
Resta de Factores Negativos	<input type="text"/>
Puntuación Total	<input type="text"/>

PERSISTENCIA DEL NEGOCIO

Excelente	<input type="text"/>
Muy Buena	<input type="text"/>
Buena	<input type="text"/>
Regular	<input type="text"/>
Mala	<input type="text"/>
Pésima	<input type="text"/>

PUNTUACIÓN

8 o más puntos
7
6
5
4
3 o menos

OBSERVACIONES: _____

“Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros (“ASSA”) para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.”

Revisado por: _____
GERENTE DE AGENCIA

_____ FECHA

Recibido por: _____
La Compañía Aseguradora

_____ FECHA