

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



FORMULARIOS

**CONTRATACIÓN DIRECTA CON PROCESO PREVIO N° CDCPP-ENDE-2018-130**

EMPRESA NACIONAL DE ELECTRICIDAD



CORPORACION

**PROGRAMA INTEGRAL DE SEGUROS PARA ENDE A NIVEL NACIONAL**

*Cochabamba, octubre - 2018*

**ANEXO 2**

**FORMULARIOS PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**

**Documentos Legales y Administrativos**

Formulario A-1 Presentación de Propuesta.

Formulario A-2a Identificación del Proponente para Entidades Aseguradoras

Formulario A-2b Identificación del Proponente para Asociaciones Accidentales.

Formulario A-2c Identificación de Integrantes de la Asociación Accidental.

Formulario A-3 Certificado Único emitido por la APS

**Documentos de la Propuesta Económica**

Formulario B-1 Tasas y Primas de cada una de las coberturas solicitadas de la Propuesta Económica

Formulario B-2 Resumen de Primas de la Propuesta Económica

**Documento de la Propuesta Técnica**

Formulario C-1 Hoja de Vida de los Ejecutivos

Formulario C-1a Hoja de Vida de los Ejecutivos

Formulario C-1b Distribución del Riesgo

Formulario C-1c Datos del Reasegurador Líder

Formulario C-1d Datos del Corredor de Reaseguros

**FORMULARIO A-1**

**PRESENTACIÓN DE PROPUESTA**

**(Para Entidades Aseguradoras o Asociaciones Accidentales de Coaseguros)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Código del proceso** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lugar y Fecha** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Objeto del Proceso** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Monto Numeral de la Propuesta** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Monto Literal de la Propuesta** |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Plazo de Validez de la Propuesta** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

A nombre de **(*Nombre de la Entidad Aseguradora o Asociación Accidental)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento, conforme con los siguientes puntos:

**I.- De las Condiciones del Proceso**

1. Declaro cumplir estrictamente la normativa de la Ley N° 1178, de Administración y Control Gubernamentales, lo establecido en las NB-SABS y el presente Documento de Expresión de Interés.
2. Declaro no tener conflicto de intereses para el presente proceso de contratación.
3. Declaro que como proponente, no me encuentro en las causales de impedimento, establecidas en el Artículo 43 de las NB-SABS, para participar en el proceso de contratación.
4. Declaro y garantizo haber examinado el Documento de Expresión de Interés y sus enmiendas, si existieran, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones en dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
5. Declaro respetar el desempeño de los servidores públicos asignados por la entidad convocante, al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas.
6. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a descalificar la presente propuesta, sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa específica.
7. Me comprometo a denunciar, posibles actos de corrupción en el presente proceso de contratación, en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 974 de Unidades de Transparencia.
8. Acepto a sola firma de este documento, que todos los Formularios presentadas se tienen por suscritos, salvo los Formularios C-1a, que deben ser suscritos por los profesionales consignados en la propuesta.

**II.- De la Presentación de Documentos**

En caso de ser adjudicado, para la suscripción de contrato, me comprometo a presentar la siguiente documentación, en original o fotocopia legalizada, salvo aquella documentación cuya información se encuentre consignada en el Certificado RUPE, aceptando que el incumplimiento es causal de descalificación de la propuesta. En caso de Asociaciones Accidentales de Coaseguros la documentación conjunta a presentar es la señalada en los incisos a), c), h) e i).

1. Certificado RUPE que respalde la información declarada en la propuesta.
2. Matrícula de Comercio actualizada.
3. Poder General Amplio y Suficiente del Representante Legal del proponente con facultades para presentar propuestas y suscribir contratos, inscrito en el Registro de Comercio.
4. Certificado de inscripción en el Padrón Nacional de Contribuyentes (NIT) valido y activo.
5. Declaración Jurada del Pago de Impuestos a las Utilidades de las Empresas. Excepto las Entidades Aseguradoras de reciente creación.
6. Certificado de Solvencia Fiscal, emitido por la Contraloría General del Estado (CGE).
7. Certificado de No Adeudo por Contribuciones al Seguro Social Obligatorio de Largo Plazo y al Sistema Integral de Pensiones.
8. Garantía de Cumplimiento de Contrato equivalente al siete por ciento (7%) del monto del contrato. En caso de Entidades Aseguradoras que conforman la Asociación Accidental, esta garantía podrá ser presentada por una o más empresas que conforman la Asociación, siempre y cuando cumpla con las características de renovable, irrevocable y de ejecución inmediata, emitida a nombre de la entidad. En ningún caso se aceptará una garantía emitida por la misma Entidad Aseguradora adjudicada o Entidades Aseguradoras que conforman la Asociación Accidental de Coaseguros Adjudicada.
9. Testimonio de Contrato de Asociación Accidental.
10. Certificado Único emitido por APS vigente.
11. Propuesta técnica y económica.

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre Completo)***

**FORMULARIO A-2a**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

**(Para Entidades Aseguradoras)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS GENERALES DEL PROPONENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **Nombre del proponente o Razón Social** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | *País* | | |  | *Ciudad* | | | | | |  | *Dirección* | | | | | | |  |  |
| **Domicilio Principal** | **:** |  | | |  |  | | | | | |  |  | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Teléfonos** | **:** |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | *NIT* | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Número de Identificación Tributaria** | **:** |  |  | | |  |  | | | |  |  | | |  |  |
|  |  | | | | |  |  | | |  |  | | | |  |  | | |  |  |
|  |  | *Número de Matricula* | | | |  |  | *Fecha de Registro* | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Matricula de Comercio:** | **:** |  |  | *(Día* | |  | *Mes* | | |  | *Año)* | |  |  |  |  |  |
|  |  | | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Apellido Paterno | | | |  | Apellido Materno | | | | |  | *Nombre(s)* | | | | | | | |  |
| **Nombre del Representante Legal** | **:** |  | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  |  | *Número* | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cédula de Identidad del Representante Legal** | **:** |  | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | *Número de Testimonio* | | |  | *Lugar de emisión* | | | | | |  | *Fecha de Inscripción* | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | *(Día* | |  | *Mes* | |  | *Año)* | |  |
| **Poder del Representante Legal** | **:** |  | | |  |  | | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Declaro en calidad de Representante Legal contar con un poder general amplio y suficiente con facultades para presentar propuestas y suscribir Contrato, inscrito en el Registro de Comercio.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.     INFORMACIÓN SOBRE NOTIFICACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **Solicito que las notificaciones me sean remitidas vía:** | **Fax:** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | | | |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre Completo)***

**FORMULARIO A-2b**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

**(Sólo para Asociaciones Accidentales de Coaseguros)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS GENERALES DE LA ASOCIACIÓN ACCIDENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Denominación de la Asociación Accidental** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Asociados** | **:** | # |  | Nombre del Asociado | | | | | | | | |  | | | | % de Participación | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | 1 |  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | 2 |  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  | 3 |  |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | *Número de Testimonio* | | | | |  | | *Lugar* | | | | | | | | |  | |  | | *Fecha de Inscripción* | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | |  | |  | | *(Día* | | |  | | *mes* | | |  | | *Año)* | |  | |
| **Testimonio de contrato** | **:** |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Nombre de la Empresa Líder** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 1. **DATOS DE CONTACTO DE LA EMPRESA LÍDER** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **País** | **:** |  | | | | | | | | | | |  | | | | **Ciudad :** | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Dirección Principal** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Teléfonos** | **:** |  | | | | | | | | | | |  | | | | **Fax :** | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Correo electrónico** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 1. **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACIÓN ACCIDENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | *Paterno* | | | | |  | | *Materno* | | | | | | | |  | *Nombre(s)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Nombre del representante legal** | **:** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | *Número* | | | | | | | | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Cédula de Identidad** | **:** |  | | | | | | | | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | *Número de Testimonio* | | | | |  | | *Lugar* | | | | | | | |  |  | |  | | *Fecha de Inscripción* | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  | | *(Día* | | |  | | *mes* | | |  | | *Año)* | |  | |
| **Poder del representante legal** | **:** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Dirección del Representante Legal** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Teléfonos** | **:** |  | | | | |  | |  | | | |  | | | | **Fax :** | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **Correo electrónico** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| *Declaro en calidad de Representante Legal de la Asociación Accidental contar con un poder general amplio y suficiente con facultades para presentar propuestas y suscribir Contrato* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 1. **INFORMACIÓN SOBRE NOTIFICACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |  | |  |
| **Solicito que las notificaciones me sean remitidas vía:** | | | | | **Fax:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  | |  |  | | | |  | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | | |  |  | |  | |  | | | | | |  | | | | |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |  | |  |

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre Completo)***

**FORMULARIO A-2c**

**IDENTIFICACIÓN DE INTEGRANTES DE ASOCIACIÓN ACCIDENTAL DE COASEGUROS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS GENERALES DEL PROPONENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **Nombre del proponente o Razón Social** | **:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | *NIT* | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Número de Identificación Tributaria** | **:** |  |  | | |  |  | | | |  |  | | |  |  |
|  | | | | |  |  | | |  |  | | | |  |  | | |  |  |
|  |  | *Número de Matricula* | | | |  |  | *Fecha de Registro* | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Matricula de Comercio:** | **:** |  |  | *(Día* | |  | *Mes* | | |  | *Año)* | |  |  |  |  |  |
|  | | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Apellido Paterno | | | |  | Apellido Materno | | | | |  | *Nombre(s)* | | | | | | | |  |
| **Nombre del Representante Legal** | **:** |  | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  |  | *Número* | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cédula de Identidad del Representante Legal** | **:** |  | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | *Número de Testimonio* | | |  | *Lugar de emisión* | | | | | |  | *Fecha de Inscripción* | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | *(Día* | |  | *Mes* | |  | *Año)* | |  |
| **Poder del Representante Legal** | **:** |  | | |  |  | | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre Completo)***

**FORMULARIO A-3**

**CERTIFICADO ÚNICO EMITIDO POR LA APS**

Esta certificación deberá contener la siguiente información:

**1. Datos de la aseguradora según el Registro de APS**:

 Nº y fecha de Resolución de Constitución.

 Nº y fecha de Resolución de Funcionamiento.

 Nº de NIT y de Padrón Municipal.

 Domicilio Legal.

 Sucursales Autorizadas.

 Capital autorizado, suscrito y pagado.

 Nombre y porcentaje de participación de los 10 principales accionistas.

 Nómina de los Directores.

 Principales Ejecutivos y poderes.

**2. Ramos autorizados.**

**3. Cumplimiento de Requisitos Técnicos Financieros.**

 Margen de Solvencia.

 Inversiones

**4. Información sobre Reaseguro.**

 Capacidad por Ramos

 Vigencia de los Contratos

 Corredores de Reaseguros que respalden el Contrato Reaseguradores su calificación de riesgo y su número de registro.

**5. Certificación sobre siniestros en mora.**

**6. Certificación general sobre el grado de cumplimiento de los requisitos técnicos y financieros y/o observaciones y especificación de la Convocatoria para la que se emite el certificado.**

**FORMULARIO Nº B-1**

**TASAS Y PRIMAS DE CADA UNA DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Póliza de** | **:** | *[Tipo de Ramo, ej. Transporte, Incendio, Responsabilidad Civil, otros]* | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Moneda** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Valor Asegurado** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tasa numeral total (% o %0)** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tasa literal total** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Descuentos** | **:** |  | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **Prima neta anual** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Detalle de Impuestos y recargos de ley** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Prima Total anual** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre completo del Representante Legal)***

**FORMULARIO B-2**

**RESUMEN DE PRIMAS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **PÓLIZAS\*** | **VALOR**  **ASEGURADO** | **PRIMA**  **NETA** | **IMPUESTOS Y RECARGOS** | **PRIMA**  **TOTAL** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | |  |  |  |  |

(\*) Describir las pólizas requeridas por ejemplo: incendio, responsabilidad civil, automotores, accidentes personales, entre otros.

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre completo del Representante Legal)***

**FORMULARIO C-1a**

**HOJA DE VIDA DE LOS EJECUTIVOS**

1. **GERENTE GENERAL O GERENTE REGIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | *Paterno* | |  | *Materno* | |  | *Nombre(s)* | |  |
| **Nombre Completo** | **:** |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  | *Número* |  |  | *Lugar de Expedición* | |  |  |  |  |
| **Cédula de Identidad** | **:** |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cargo** | **:** |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Edad** | **:** |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nacionalidad** | **:** |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Profesión** | **:** |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Número de Registro Profesional (si corresponde)** | **:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE SEGUROS** | | | | | | | | | | |
| **Entidad** | **Ramo** | | | | **Cargo** | | | **Fecha (mes / año)** | | |
| **Desde** | **Hasta** | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |

***(Firma del Profesional)***

***(Nombre completo del Profesional)***

1. **SUBGERENTE GENERAL O GERENTE TÉCNICO O GERENTE COMERCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | *Paterno* | |  | *Materno* | |  | *Nombre(s)* | |  |
| **Nombre Completo** | **:** |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  | *Número* |  |  | *Lugar de Expedición* | |  |  |  |  |
| **Cédula de Identidad** | **:** |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cargo** | **:** |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Edad** | **:** |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nacionalidad** | **:** |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Profesión** | **:** |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Número de Registro Profesional**  **(si corresponde)** | **:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE SEGUROS** | | | | | | | | | | |
| **Entidad** | **Ramo** | | | | **Cargo** | | | **Fecha (mes / año)** | | |
| **Desde** | **Hasta** | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |

***(Firma del Profesional)***

***(Nombre completo del Profesional)***

1. **GERENTE ADMINISTRATIVO FINANCIERO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | *Paterno* | |  | *Materno* | |  | *Nombre(s)* | |  |
| **Nombre Completo** | **:** |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  | *Número* |  |  | *Lugar de Expedición* | |  |  |  |  |
| **Cédula de Identidad** | **:** |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cargo** | **:** |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Edad** | **:** |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nacionalidad** | **:** |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Profesión** | **:** |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Número de Registro Profesional**  **(si corresponde)** | **:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE SEGUROS** | | | | | | | | | | |
| **Entidad** | **Ramo** | | | | **Cargo** | | | **Fecha (mes / año)** | | |
| **Desde** | **Hasta** | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |

***(Firma del Profesional)***

***(Nombre completo del Profesional)***

1. **SUBGERENTE COMERCIAL O EJECUTIVO DE CUENTAS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | *Paterno* | |  | *Materno* | |  | *Nombre(s)* | |  |
| **Nombre Completo** | **:** |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  | *Número* |  |  | *Lugar de Expedición* | |  |  |  |  |
| **Cédula de Identidad** | **:** |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cargo** | **:** |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Edad** | **:** |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nacionalidad** | **:** |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Profesión** | **:** |  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Número de Registro Profesional (si corresponde)** | **:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE SEGUROS** | | | | | | | | | | |
| **Entidad** | **Ramo** | | | | **Cargo** | | | **Fecha (mes / año)** | | |
| **Desde** | **Hasta** | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |

***(Firma del Profesional)***

***(Nombre completo del Profesional)***

**FORMULARIO C-1b**

**DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO** | | | |
| **PÓLIZA** | | **Dólares americanos** | **Porcentaje** |
| **VALOR TOTAL ASEGURADO** | |  |  |
|  | |  |  |
| **1.** RETENCIÓN PROPIA | |  |  |
| **2.** CESIÓN AL REASEGURADO | |  |  |
|  | |  |  |
| a) Contratos Automáticos (Proporcionales y no proporcionales) | |  |  |
| b) Contratos Facultativos | |  |  |
| **TOTAL DISTRIBUCIÓN** | |  | **100%** |
|  |  |  |  |
| **SUSCRIPCIÓN FACULTATIVA** | | | |
| **NOMBRE REASEGURADOR** | | **Dólares americanos** | **Porcentaje** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| N |  |  |  |
| **TOTAL SUSCRIPCIÓN** | |  |  |

*Este formulario deberá ser llenado para cada póliza.*

*Asimismo, para cada póliza con colocación facultativa se deberá detallar en hoja adjunta nombre y dirección de los reaseguradores.*

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre Completo)***

**FORMULARIO C-1c**

**DATOS DEL REASEGURADOR LÍDER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Póliza de** | **:** |  | *[La principal, según se indica en el DBC]* | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| **Reasegurador Líder** | **:** |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |
| **Dirección** | **:** |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |
| **Teléfonos/Fax** | **:** |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |
| **Persona de Contacto** | **:** |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |
| **Correo Electrónico** | **:** |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |
| **Página en Internet** | **:** |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |
| **Calificación** | **:** |  | *[de S&P según última publicación de la APS]* | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |
| **Fecha** | **:** |  | *[Fecha de Publicación]* | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre Completo)***

**FORMULARIO C-1d**

**DATOS DEL CORREDOR DE REASEGUROS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Póliza de** | **:** | *[La principal, según se indica en el DBC]* | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **Corredor** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |
| **Dirección** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |
| **Teléfonos/Fax** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |
| **Persona de Contacto** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |
| **Correo Electrónico** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |
| **Página en Internet** | **:** |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | | |

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre Completo)***