

**RELEVAMIENTO INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
INCORPORACIÓN PRODUCTOR / ASESOR**

Apellido y Nombre:

ORGANIZACIÓN N° INFORME DEL TITULAR Sr.:

Informe del OFICIAL DE NEGOCIOS:

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN COMERCIAL:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ✓ ¿Opera con otras Aseguradoras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ ¿Cuáles? | | |
| ✓ % de cartera que volcará en Sancor: | | |
| | Patrimoniales | % |
| | Personas | % |
| | Agropecuarios | % |
| | A.R.T. | % |
| ✓ Aproximación de cartera que tendrá en el 1° año | | |
| ✓ Estime el monto de cartera que puede llegar a tener en la competencia o el porcentaje de la misma respecto a Sancor: | | |
| ✓ ¿Tiene productores operando actualmente en su org.? | | |
| Indique cuántos y en qué zonas: | | |

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ ¿Cuenta con Oficina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ ¿Cuenta con empleados administrativos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ ¿Cuántos? | | |
| ➤ ¿Trabajan familiares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ ¿Realiza otras actividades comerciales además de Seguros? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ ¿Cuáles? | | |
| ➤ Dispone de equipamiento técnico para afectar a la actividad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ✓ ¿Tiene vinculación comercial o profesional con Cámaras de Comercio, Industria, Colegio de Profesionales, Bancos, Concesionarias u otras?

SI ☐ NO ☐

¿Cuáles? _____

INFORME DEL GERENTE UNIDAD DE NEGOCIOS U OFICIAL DE NEGOCIOS:

- ✓ Si proviene de otra empresa: ¿qué averiguó de su desvinculación?

- ✓ Averiguación en el medio (prestigio, comentarios, etc.):

- ✓ Si realiza otras act. comerciales además de seguros, indicar referencias:

- ✓ Otros comentarios:

Reservado para uso del Oficial de Negocios: **COMISIONES A OTORGAR**

	SANCOR SEGUROS		PREVENCION	
Organizador	SI	NO	SI	NO
Productor	SI	NO	SI	NO
Cobranza	SI	NO	SI	NO
Oficina	SI	NO	SI	NO
Calidad (*)	SI	NO	SI	NO

(*) Solamente con Autorización previa de Gerencia de Marketing y Relaciones Institucionales.

ADJUNTAR COPIA DE TODOS LOS TÍTULOS DECLARADOS EN LA MANIFESTACIÓN DE BIENES

Zona asignada:

Lugar y fecha:

.....
Firma Gerente Unidad de Negocios

Vº Bº del Encargado Servicios a Productores:

Vº Bº del Gte. de Marketing y R