



SILICON VALLEY INSURANCE AGENCY

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Complete este formulario con la información más exacta posible. Los campos sensibles deben enviarse únicamente por un canal seguro. Este documento no constituye una póliza, aprobación, recomendación ni contrato de seguro.

1. INFORMACIÓN DEL AGENTE

Nombre completo del agente

Teléfono

Correo electrónico

Código/NPN del agente

Equipo / Manager

Fuente del prospecto

2. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CLIENTE

Nombre legal

Segundo nombre

Apellidos legales

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo

País de nacimiento

Ciudadanía

SSN / ITIN (canal seguro)

Tipo de identificación

Número de identificación

Fecha de vencimiento

Teléfono celular

Correo electrónico

Idioma preferido

3. DIRECCIÓN Y RESIDENCIA

Dirección residencial

Apto./Unidad

Años allí

Ciudad

Estado

Código postal

País

Estatus de residencia

☐ Ciudadano de EE. UU.

☐ Residente permanente

☐ Visa / permiso

☐ Otro



SILICON VALLEY INSURANCE AGENCY

EMPLEO, FINANZAS Y OBJETIVOS

4. EMPLEO E INGRESOS

Ocupación / cargo

Empleador / negocio

Años empleado

Dirección del empleador

Estatus laboral (empleado, independiente, jubilado, etc.)

Ingreso anual aproximado

Ingreso anual del hogar

Patrimonio neto aproximado

5. OBJETIVO DE SEGURO Y PRESUPUESTO

☐ Término☐ IUL☐ Vida entera☐ Gastos finales☐ Anualidad

Cobertura deseada

Presupuesto mensual

Frecuencia de pago

Objetivo principal

☐ Reemplazo de ingresos☐ Hipoteca/deudas☐ Educación☐ Legado☐ Retiro☐ Gastos finales☐ Protección de negocio☐ Acumulación de valor

6. SEGUROS ACTUALES Y REEMPLAZO

☐ Sí, tiene seguro de vida/anualidad vigente☐ No tiene cobertura vigente

Compañía actual

Tipo de póliza

Cobertura

Prima

Fecha de emisión

Valor acumulado

Valor de rescate

Número de póliza

¿La nueva póliza reemplazará o modificará una cobertura existente?



SILICON VALLEY INSURANCE AGENCY

INFORMACIÓN DE SALUD Y ESTILO DE VIDA

7. DATOS FÍSICOS Y MÉDICOS

Estatura

Peso

Uso de tabaco/nicotina

Último uso

Médico principal

Teléfono

Fecha/razón última visita

Marque cualquier condición diagnosticada, tratada o evaluada:

☐ Corazón/presión arterial

☐ Diabetes

☐ Cáncer

☐ Pulmones/asma

☐ Riñón/hígado

☐ Neurológica

☐ Salud mental

☐ Apnea del sueño

☐ VIH/SIDA

☐ Otra condición

8. MEDICAMENTOS Y HOSPITALIZACIONES

9. ESTILO DE VIDA Y ANTECEDENTES

☐ DUI / suspensión de licencia en los últimos 5 años

☐ Antecedentes penales

Documento confidencial - uso exclusivo para evaluación y preparación de cotización/aplicación.

Página 3

☐ Trabajo/deporte peligroso, aviación o buceo

☐ Viaje o residencia fuera de EE. UU.



SILICON VALLEY INSURANCE AGENCY

BENEFICIARIOS, PROPIETARIO Y PAGADOR

10. BENEFICIARIOS PRIMARIOS

Nombre completo	Parentesco	Fecha nac.	SSN/ITIN	%	Teléfono

*Recopilar SSN/ITIN únicamente mediante un canal seguro. Los porcentajes de beneficiarios primarios deben sumar 100%.

11. BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nombre completo	Parentesco	Fecha nac.	SSN/ITIN	%	Teléfono

Los porcentajes de beneficiarios contingentes deben sumar 100%.

12. PROPIETARIO DE LA PÓLIZA (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)

Nombre legal completo	Parentesco/relación	Fecha de nacimiento
SSN/ITIN (canal seguro)	Teléfono	Correo electrónico
Dirección completa del propietario		

13. PAGADOR / RESPONSABLE DE LA PRIMA (SI ES DISTINTO)

Nombre legal completo	Parentesco/relación	Teléfono



SILICON VALLEY INSURANCE AGENCY

PAGO, AUTORIZACIONES Y FIRMAS

14. MÉTODO DE PAGO

- ☐ Cuenta corriente
 ☐ Cuenta de ahorros
 ☐ Tarjeta (si la compañía lo permite)

Nombre del banco

Titular de la cuenta

Routing number (canal seguro)

Número de cuenta (canal seguro)

Día preferido de débito

IMPORTANTE: No envíe datos bancarios, SSN/ITIN ni documentos de identidad por mensajes de texto o correo sin cifrar. Utilice el portal seguro aprobado por la agencia o la plataforma de la compañía aseguradora.

15. DOCUMENTOS Y SEGUIMIENTO

- ☐ Identificación vigente
 ☐ Residencia/visa
 ☐ Cheque anulado / comprobante bancario
- ☐ Póliza/estado de cuenta existente
 ☐ Información médica adicional
 ☐ Otro

16. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE

Confirmando que la información proporcionada es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Autorizo a Silicon Valley Insurance Agency y al agente indicado a utilizar esta información para evaluar mis necesidades, preparar cotizaciones y asistir en el proceso de solicitud. Entiendo que la cobertura no entra en vigor hasta que la compañía aseguradora apruebe la solicitud, se cumplan sus requisitos y se reciba la prima correspondiente. También entiendo que este formulario no reemplaza la solicitud oficial de la compañía ni sus divulgaciones, autorizaciones y avisos de privacidad.

Firma del cliente (digital o manuscrita)

Fecha

Iniciales

Firma del agente

Fecha

Fecha de aplicación