FORMATO 6

EXPERIENCIA DEL OFERENTE

(PRIMAS)

| **Asegurado** | **Vigencia del programa**  **(A/ M / D)** | **Pólizas contratadas** | **Primas anuales** | **Funcionario del asegurado que confirma información** | **Teléfono** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Representante Legal

**NOTAS**: LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA SE ENTENDERÁ BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO.

LA FALTA DE FIRMA O PRESENTACIÓN DEL PRESENTE FORMATO GENERARÁ LA INADMISIÓN DE LA PROPUESTA.