**MODELO DE SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN COMO INTERMEDIARIO DE SEGUROS**

**(Personas Naturales)**

Yo, (Nombre completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, del domicilio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito autorización para realizar la actividad de intermediación de seguros, en el carácter de agente independiente, de los ramos siguientes (Marque con una X solamente una de las opciones siguientes):

* + Todas las Clases de Seguros (Seguros Generales y Seguros de Personas)
	+ Sólo Seguros Generales
	+ Sólo Seguros de Personas

Adjunto a la presente lo siguiente:

1. Copia certificada notarialmente del Documento Único de Identidad (DUI), en el caso de salvadoreños o copia del certificado de residencia, en el caso de extranjeros.
2. Copia del Número de Identificación Tributaria (NIT) o su Representación Gráfica.
3. Currículum vítae, acompañado de los documentos necesarios para acreditar el grado académico o nivel de educación.
4. Constancias emitidas por las sociedades de seguros y corredoras de seguros, siguientes:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indicando el tiempo que tengo de prestar el servicio de intermediación en la contratación de seguros, en esas entidades.

Señalo para oír notificaciones, la dirección siguiente:

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico (e-mail):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

San Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

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

**Firma**

**Nota:** No se recibirán solicitudes con información incompleta.