



FORMULARIO DE AFILIACION

Asociación Colombiana de Intermediarios de Seguros - ACOIS

1. INFORMACION GENERAL

☐ Persona Natural

☐ Persona Juridica

2. DATOS PERSONA NATURAL (diligenciar solo si aplica)

Nombre completo

Tipo de documento

Numero de documento

Fecha de nacimiento

Ciudad

3. DATOS PERSONA JURIDICA (diligenciar solo si aplica)

Razon social

NIT

Fecha de constitucion

Ciudad

Nombre del representante legal

Documento de identidad

Fecha de nacimiento

Celular

Correo electronico

4. INFORMACION DE CONTACTO

Direccion

Ciudad

Telefono fijo

Celular

Correo electronico principal

Correo electronico de facturacion

Autorizo a ACOIS a contactarme via correo, celular o WhatsApp para informacion institucional

☐ Acepto

5. PERFIL PROFESIONAL

Tipo de intermediario

☐ Agente

☐ Agencia

☐ Corredor

Numero de empleados (incluyendose)

☐ 1-2

☐ 3-5

☐ 6-10

☐ 11-20

☐ 21-50

☐ 50+

Lineas de negocio principales

☐ Vida

☐ Salud

☐ ARL

☐ Generales

☐ Automoviles

6. INFORMACION COMERCIAL

Indique las tres principales aseguradoras con las que trabaja

Aseguradora 1

Aseguradora 2

Aseguradora 3

7. FORMA DE PAGO

☐ Debito automatico

☐ Transferencia bancaria

Autorizacion para debito automatico (si aplica)

Banco

Tipo de cuenta

Numero de cuenta

8. AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo a ACOIS para el tratamiento de mis datos personales conforme a la normativa vigente (Ley 1581 de 2012 y demas normas aplicables), con fines relacionados con la gestion gremial, comunicacion institucional, oferta de servicios y estudios del sector.

☐ Acepto

9. DECLARACION Y COMPROMISO

Declaro que la informacion suministrada es veraz y acepto los estatutos, codigo de etica y reglamentos de ACOIS. Me comprometo a ejercer mi actividad profesional con etica, transparencia y cumplimiento normativo.

☐ Acepto

10. FIRMA

Fecha de diligenciamiento

Nombre

Firma