**ANEXO No 6**

**EXPERIENCIA DEL OFERENTE**

**(SINIESTROS)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **ASEGURADO- CLIENTE** | **POLIZAS AFECTADAS** | **FECHA DE PAGO (DIA /MES/AÑO)** | **VALOR INDEMNIZADO** | **FECHA DE OCURENCIA** | **FUNCIONARIO DEL CLIENTE QUE CONFIRMA LA INFORMACION** | **TELEFONO** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE**