

Análisis de Necesidades



Diseñado exclusivamente para:

Con la asesoría de:

Fecha:

E-mail:

Este documento es confidencial

Información Titular

Fecha de nacimiento: / /

RUT:

Dirección:

Teléfono:

Profesión:

Actividad:

Información Familiar - otros

	Nombre	Rut	Fecha de nacimiento	Actividad	Ingreso
Cónyugue / Pareja					
Hijo					
Hijo					
Hijo					

Información Adicional



Estilo de Vida y Gastos Familiares (Mes)

Para determinar sus necesidades de protección, es importante recopilar los datos sobre los gastos mensuales de usted y su familia, los cuales analizaremos a continuación:

Servicios (agua, luz, teléfono, gas, TV cable, internet, celular, seguro de casa, etc.)	\$
Alimentación (Supermercado, almuerzo colegio, etc.)	\$
Transporte (tarjeta bip, bencina, seguro de auto, mantención, etc.)	\$
Isapre <input type="text"/> UF <input type="text"/> Fonasa <input type="text"/>	\$
Cultura, entretenimiento, deportes (club, gimnasio, etc.)	\$
Servicios domésticos (asesora, jardinero, seguridad, etc.)	\$
Estudios, jardín infantil, colegio, universidad / seg. desgravamen <input type="checkbox"/>	\$
Dividendo más contribuciones <input type="checkbox"/> o arriendo <input type="checkbox"/>	\$
TOTAL DE GASTOS MENSUALES	\$

DETALLE

(A) FALLECIMIENTO

Total de gastos mensuales en caso de fallecimiento (A) (no considera dividendo o colegiaturas con desgravamen)	\$
---	----

Gasto mensual estimado en caso de fallecimiento	Ingreso cónyuge/pareja	Monto aproximado pensión de sobrevivencia (70% de la pensión de referencia)	Ingreso mensual necesario en caso de fallecimiento
<input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>	= <input type="text"/>

(B) SALUD (ENFERMEDAD, ACCIDENTE O DISCAPACIDAD)

Total de gastos mensuales en caso de discapacidad (B) (se considera el total de gastos mensuales, más los implícitos por discapacidad)	\$
---	----

Gasto mensual estimado (En caso de enfermedad, accidente o discapacidad)	Ingreso cónyuge	Monto pensión de invalidez (70% de renta bruta imponible)	Ingreso mensual necesario (En caso de enfermedad, accidente o discapacidad)
<input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>	= <input type="text"/>
<small>Incluye gastos implícitos por discapacidad</small>			

¿Qué cobertura de salud tiene hoy?

Isapre <input type="checkbox"/>	Fonasa <input type="checkbox"/>	Seguro Complementario de Salud <input type="checkbox"/>	Seguro enfermedades de alto costo <input type="checkbox"/>
		\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

(C) EDUCACIÓN

Nombre hijo / hija	Edad	Educación Básica / Media	Educación Universitaria	Total \$

*Enseñanza Básica 10 años - *Enseñanza Media 4 años (valor promedio mensual \$300.000)
En promedio financiar los estudios de un hijo puede oscilar entre los \$60.000.000 y \$100.000.000



Capital de Cobertura Necesaria

Ahora vamos a determinar el monto para que su familia pueda mantener su estilo de vida, esto es el Capital de Cobertura Necesario:

	*(A) Fallecimiento	*(B) Salud (Enfermedad, accidente o discapacidad)	*(C) Educación
Capital total necesario (por mes en A y B)			
Seguros Existentes -			
Total Capital de Protección por años de necesidad =	\$	\$	\$
Total necesidad de Protección =	UF	UF	UF

Para calcular los años de necesidad:

1. Se calculan cuantos años le faltan al hijo menor para finalizar sus estudios superiores.
2. En caso de salud, se le pregunta al cliente por cuanto tiempo necesitaría tener cobertura, (enfermedad, accidente o discapacidad).

El próximo paso es diseñar un programa que mejor se ajuste a las necesidades que acabamos de revisar.

Le parece bien que nos reunamos el:	De acuerdo a lo que hemos conversado le cuento que la mayoría de mis clientes destinan entre un 5 y un 7% de sus ingresos para la protección de sus familias. En su caso esto sería entre \$_____, y \$_____, ¿con cual monto se siente más cómodo?
Día _____	
Hora _____	\$ _____
Lugar _____	UF _____

Referidos

Señor / Señorale gustó? si le ha parecido valiosa nuestra reunión, le pido me comparta el nombre de 5 amigos o conocidos suyos, que podrían verse beneficiados de este tipo de asesoría.

Nombre	Edad	Telefono

FECHA

Sucursales:

- **Santiago**

Dirección: Luis Thayer Ojeda N°166, Providencia
Región Metropolitana
Teléfono: 229594900

- **Viña del Mar**

3 Norte N°331 Of.P. 2
Región de Valparaíso
Teléfono: 229594458

- **Concepción**

Dirección: Chacabuco N°1085 Of.201
Región del Bío Bío
Teléfono: 229594567

 **Colmena Seguros**
Vida y Salud



800 265 600



www.colmenaseguros.cl



contacto@colmenaseguros.cl



[/ColmenaSeguros.](https://www.facebook.com/ColmenaSeguros)