



Fecha: / /

Vigencia solicitada:

Desde / / Hasta / /

SOLICITUD DE SEGUROS PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EMPRESARIAL

Con el deseo de suscribir un Seguro de RESPONSABILIDAD CIVIL EMPRESARIAL seguidamente suministro los datos necesarios para la apreciación del riesgo y la determinación de la prima, conforme a las condiciones de la Póliza, quedando entendido que esta solicitud no nos obliga a la celebración del contrato; pero en caso de llevarse a cabo, las declaraciones aquí contenidas se consideran incorporadas.

I. DATOS DEL TOMADOR

Cédula de Identidad/R.I.F. V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres o Razón Social:			
F.c. de Nac./ Registro Empresa: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
Ocupación o Actividad del Negocio:		Dirección de Habitación:			E-mail:
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	
Dirección de Cobro:					
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	Ingreso Anual:

II. DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO

Cédula de Identidad V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres:			
Fecha. de Nacimiento: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
Ocupación o Actividad:		Dirección de Habitación:			E-mail:
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	

III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL RIESGO A ASEGURAR

Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres:			
Fecha. de Nacimiento: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
Ocupación o Actividad:		Dirección de Habitación:			Email:
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	

IV. DATOS DEL RIESGO

Índole del Riesgo: Comercial <input type="checkbox"/>		Tipo de Comercio o Industria:		Mercancía Predominante:	
Industrial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>					
Dirección del Negocio o Industria:					
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	
Uso del Edificio / Casa / Galpón: Industria <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>					
Clase de Trabajo que desea asegurar. Describir detalles, duración probable de los trabajos:					

LINDEROS DEL INMUEBLE: Indique claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes o terrenos a edificar, inmuebles desocupados, invadidos, obras en demolición o en construcción y tipo de comunicación (Contigua o No)					
Norte:					
Sur:					
Este:					
Oeste:					
V. COBERTURAS					
BASICAS			MONTO DE LA SUMA ASEGURADA		
Muerte del Trabajador			SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL TÍTULO VIII, DE LAS PRESTACIONES, PROGRAMAS, SERVICIOS Y DE SU FINANCIAMIENTO, DE LA LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN, CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO.		
Discapacidad Absoluta Permanente (Toda Actividad)					
Discapacidad Total Permanente para la Actividad Habitual					
Discapacidad Parcial Permanente					
Discapacidad Temporal					
Gran Discapacidad					
OPCIONALES			SI	NO	SUMA ASEGURADA
Gastos de Asistencia Legal y Defensa Penal					
Gastos Médicos					
Exceso de Límite para Responsabilidad del Asegurado					
VI. OTROS					
Es Usted: Fabricante <input type="checkbox"/> Mayorista <input type="checkbox"/> Minorista <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (De Detalle)					
Cantidad de Empleados que tiene la Empresa:			Monto de la Nómina Actual Bs:		
Monto de los Ingresos Brutos Anuales:			Horario de Trabajo:		
CLASIFICACIÓN DE LOS TRABAJOS			ESTIMADO DEL MONTO TOTAL DE LA REMUNERACIÓN		
a) Todo el Personal de la Oficina					
b) Todo el Personal Industrial en los Sitios de Trabajo					
c) Todos los que efectúen reparaciones o alteraciones en los locales					
d) Trabajos en el mismo local que sean tarificables por separado					
e) Trabajos fuera del local					
La Empresa o Negocio se opera, produce o almacena:					
1. Sustancias Radioactivas			Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Explosivos o Sustancias Inflamables			Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Cualquier Afluente, Humo, Materia o Naturaleza Nociva			Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
VIII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS INTERESES					
				Anteriores	
Compañía de Seguros	Sumas Aseguradas	Póliza N°	Vencimiento	CÍA de Seguros	Póliza N°
Solicitudes rechazadas: Compañías:			Fechas:		

HISTORIA PREVIA DE SINIESTROS

Naturaleza de los Daños	Fecha	Si estuvo Asegurado		Monto de la Pérdida	Precauciones Adoptadas
		Compañía de Seguros	Nº de Pólizas		

OBSERVACIONES

Yo, _____ EL TOMADOR, doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima del presente seguro proviene una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Nombre y Código del Productor

Firma del Productor

Firma del Tomador
C.I. N°

Firma del Asegurado Propuesto
C.I. N°

Lugar: _____ Fecha ____/____/____