



Fecha: / /

Vigencia solicitada:

Desde / / Hasta / /

SOLICITUD DE SEGUROS PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Con el deseo de suscribir un Seguro de RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL 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 consideraran 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:	Fax:

III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL RIESGO A ASEGURAR

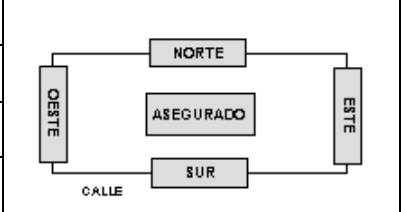
Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres:			
Fecha. de Nacimiento: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <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	SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL TÍTULO VIII, DE LOS INFORTUNIOS DEL TRABAJO, DE LA LEY ORGÁNICA DEL TRABAJO.
Incapacidad Absoluta Permanente	
Incapacidad Absoluta y Temporal	
Incapacidad Parcial y Permanente	
Incapacidad Parcial y Temporal	
Asistencia Médica, Quirúrgica y Farmacéutica	
Gastos de Entierro	

VI. OTROS

Se realizan algunas actividades fuera de sus locales Si No Detalle en caso Afirmativo

Es Usted: Fabricante Mayorista Minorista Otro (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) Trabajo 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 ____/____/____