



Solicitud de Seguro
POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD DEL PATRONO POR ACCIDENTES DE
TRABAJO Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

N° Solicitud _____
Emisión
Inclusión

Datos del Tomador del Seguro, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario

Tomador Persona Natural

Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula / Pasaporte: V E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
Profesión u Oficio: _____
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____
La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente Socio Empleado
Dirección de Habitación: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
Dirección de Oficina: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____
Dirección de Cobro: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____

Tomador Persona Jurídica

Denominación de la Razón Social: _____
Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada Pública
Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
Actividad Económica: Industrial Comercial Gubernamental Otra Especifique: _____
Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____
Cédula / Pasaporte: V E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Actividad Comercial: _____ Ingreso Promedio Anual: _____
Dirección de Oficina: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____
Dirección de Cobro: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____

Propuesto Asegurado:

Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula / Pasaporte: V E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
Profesión u Oficio: _____
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____
La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente Socio Empleado
Dirección de Habitación: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
Dirección de Oficina: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____

Información General del Riesgo

Tipo de Riesgo: Industrial Comercial Oficina Residencial Almacen o depósito Institucional Industrial Petrolera

Linderos del bien a asegurar

Norte	Nombre del Inmueble / Empresa colindante: _____ Indole: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Almacen o depósito <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Industrial Petrolera Actividad: _____
Sur	Nombre del Inmueble / Empresa colindante: _____ Indole: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Almacen o depósito <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Industrial Petrolera Actividad: _____
Este	Nombre del Inmueble / Empresa colindante: _____ Indole: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Almacen o depósito <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Industrial Petrolera Actividad: _____
Oeste	Nombre del Inmueble / Empresa colindante: _____ Indole: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Almacen o depósito <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Industrial Petrolera Actividad: _____

Nro. Empleado	Cargo	Actividad que desempeñan	Maquinarias y Equipos que utilizan	Nómina Anual

Otros Datos

¿Tiene el Bien sistema de alarma contra incendio ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene el Bien a asegurar transformadores en sitios independientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Los conductores eléctricos (cables) están protegidos en tuberías de seguridad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Posee Planta Auxiliar para el suministro de Energía Eléctrica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Qué tipo de dispositivos de protección utiliza el bien a asegurar? Fusibles <input type="checkbox"/> Breakers <input type="checkbox"/> Cuchillas <input type="checkbox"/>	
¿En su Empresa se producen, se operan o almacenan sustancias radioactivas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En su Empresa se producen, se operan o almacenan explosivos o mercancía inflamables?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Existen productos alusivos a la prohibición de fumar?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En los bienes colidantes con su empresa producen, operan o almacenan sustancias radioactivas o materiales inflamables?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Que mercancías y materias primas predominantes, se utilizan dentro del bien a asegurar? :	

Coberturas a Contratar

Básica	Sumas Aseguradas
Cobertura Por Accidentes De Trabajo O Enfermedades Ocupacionales <input type="checkbox"/>	
Cobertura De Responsabilidad Empresarial <input type="checkbox"/>	
Opcionales	
El asegurado NO está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas, pudiendo seleccionar libremente las que se ajusten a sus necesidades.	
1. Asistencia Legal y Defensa Penal <input type="checkbox"/>	
2. Gastos Médicos <input type="checkbox"/>	
3. Responsabilidad por Inteción, Negligencia o Imprudencia <input type="checkbox"/>	
4. Responsabilidad Solidaria con Contratista y/o Empresas de trabajo temporal <input type="checkbox"/>	
5. Gastos funerarios <input type="checkbox"/>	
6. Hernias <input type="checkbox"/>	

Información General del Seguro Solicitado

Vigencia:	Desde: / / (a las 12 n	Fecha de Suscripción: / /	Frecuencia	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
↻	Hasta: / / (a las 12	Fecha de Movimiento: / /	de Pago ↻	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____	
Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado)					
Nombre y Apellido: _____			Cédula de Identidad / R.I.F. : _____		<input type="checkbox"/> Preferencial
Nombre y Apellido: _____			Cédula de Identidad / R.I.F. : _____		<input type="checkbox"/> Preferencial

Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos bienes, responda las siguientes preguntas

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Vigencia	
			Desde: / /	Hasta: / /
			Desde: / /	Hasta: / /

Si ha tenido siniestros con anterioridad a la fecha de contratación de este seguro, responda las siguientes preguntas

Aseguradora	N° Contrato	Causa	Fecha	Monto Indemnizado
			/ /	
			/ /	
			/ /	

Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base al Asegurador para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

Apellidos y Nombres del Propuesto
ASEGURADO TITULARN° Cédula del Propuesto
ASEGURADO TITULARFirma del Propuesto
ASEGURADO TITULAR**Huella**Pulgar del Propuesto
ASEGURADO TITULAR

Fecha: / /

Como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligada a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

Firmas

Intermediario de Seguro:

Por el Tomador / Solicitante

El Representante Legal
(en caso que lo amerite)**Huella**

Pulgar del Tomador

Fecha: / /

Fecha: / /

Fecha: / /