

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PATRONAL

N°. DE PÓLIZA: _____

FECHA: _____

Av. Francisco de Miranda, Torre La Primera, pisos 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, PH
Chacao, Estado Miranda. RIF G-20008701-3
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N. 48
Capital Suscrito y Pagado: Bs. 591.095.765,37
Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela"

La presente Solicitud de Seguro debe ser leída y llenada a máquina o letra de molde, en todos sus puntos, sin enmiendas y en tinta no esfumable de un mismo color (azul o negra) en forma legible y debe ser firmada por el futuro Tomador, Asegurado y su Intermediario de Seguros, si lo hubiere.

DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:				CÉDULA DE IDENTIDAD, R.I.F. O N° DE PASAPORTE:					
DATOS DEL REGISTRO (SI ES PERSONA JURÍDICA):									
REGISTRO:		CIUDAD:		TOMO:		FECHA:		NÚMERO:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:						TELÉFONO:		Cód. Área: N°	
DIRECCIÓN DE TRABAJO O COBRO:						CIUDAD:			
ZONA POSTAL:		ESTADO:		TELÉFONO (Otro Donde Ubicarlo):		NÚMERO DE FAX:		INGRESO MENSUAL:	
				Cód. Área: N°					
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			ACTIVIDAD QUE REALIZA:			INDIQUE CARÁCTER CON EL QUE CONTRATA:			
						<input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> CUENTA AJENA			

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:						CÉDULA DE IDENTIDAD O R.I.F.:			
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:									
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:		TELÉFONO:		TELÉFONO (Otro Donde Ubicarlo):	
						Cód. Área: N°		Cód. Área: N°	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:						PROFESIÓN / OCUPACIÓN:			

DATOS GENERALES

INDOLE DEL RIESGO:
UBICACIÓN DEL RIESGO:
¿NÚMERO DE TRABAJADORES QUE TIENE ACTUALMENTE LA EMPRESA?
¿MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE SE HAN TOMADO EN PREVENCIÓN DE ACCIDENTES?
¿SE USAN, ELABORAN, TRANSPORTAN, MATERIAS TOXICAS, PRODUCTOS EXPLOSIVOS, INFLAMABLES O SE TRABAJA CON ANDAMIOS? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE DETALLES:
¿QUÉ TIPO DE MAQUINARIA Y/O HERRAMIENTAS SE UTILIZAN?
¿EXISTE LA POSIBILIDAD DE ACCIDENTE O MUERTE DE ALGÚN TRABAJADOR EN LAS LABORES QUE REALIZAN?
¿BRINDA TRANSPORTE A SUS TRABAJADORES? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE BAJO CUÁLES CONDICIONES:
¿LOS TRABAJADORES GOZAN DE BUENA SALUD? EN CASO NEGATIVO, INDIQUE EL NOMBRE, APELLIDO Y LA ENFERMEDAD:

INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

TIPO DE TRABAJADOR	NÚMERO DE TRABAJADORES	TRABAJOS A EFECTUAR	SALARIOS		MONTO ESTIMADO NÓMINA ANUAL	TASA %	SUMA ASEGURADA
			MÍNIMO	MÁXIMO			

AMPAROS SOLICITADOS

- TÍTULO VIII – LEY DEL TRABAJO DIFERENCIA ENTRE EL TÍTULO VIII Y S.S.O.
- TÍTULO VIII – PETROLERO DIFERENCIA ENTRE EL TÍTULO VIII, PETROLERO Y S.S.O.
- TÍTULO VIII – CONSTRUCCIÓN DIFERENCIA ENTRE EL TÍTULO VIII, CONSTRUCCIÓN Y S.S.O.
- OTROS, INDIQUE:

COBERTURAS

(INDIQUE EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA)

DESCRIPCIÓN	SUMA ASEGURADA
<input type="checkbox"/> MUERTE.	
<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD ABSOLUTA Y PERMANENTE	
<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD ABSOLUTA Y TEMPORAL	
<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE	
<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL Y TEMPORAL	
<input type="checkbox"/> ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA	
<input type="checkbox"/> GASTOS DE ENTIERRO.	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿HA TENIDO UD. ALGÚN SINIESTRO EN LOS ÚLTIMOS TRES (3) AÑOS?. EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES:

¿ALGUNA EMPRESA DE SEGUROS HA RECHAZADO UNA PROPOSICIÓN DE SEGURO PARA RESPONSABILIDAD PATRONAL HECHA POR UD.? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES:

¿ALGUNA EMPRESA DE SEGUROS LE HA CANCELADO O DENEGADO LA RENOVACIÓN DEL SEGURO PARA RESPONSABILIDAD PATRONAL? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES:

OTROS SEGUROS

QUE OTRO TIPO DE SEGURO TIENE O HA SOLICITADO:

ASEGURADOR: _____ MONTO Bs. _____ TIPO DE SEGURO: _____ FECHA: _____

ASEGURADOR: _____ MONTO Bs. _____ TIPO DE SEGURO: _____ FECHA: _____

DECLARACIONES

Yo, el Propuesto Asegurado, declaro:

- a. Que he leído y entendido cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud que la información que suministro es verdadera, amplia, completa y exacta, dependiendo de ella la validez del Seguro.
- b. Que acepto, que la responsabilidad del Asegurador, comienza una vez celebrado el contrato de seguros.
- c. Que no he omitido o simulado, ningún hecho o circunstancia en las respuestas que pueda modificar la opinión del Asegurador, sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- d. Que conozco que en caso de declaraciones falsas u omisiones realizadas de mala fe y debidamente probadas, podrá cesar la responsabilidad del Asegurador y el contrato será objeto de nulidad absoluta.

YO, EL TOMADOR, DOY FE QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO PROVIENE DE 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 ORGANICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA”.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros, ahora Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante oficio N° 7199 de fecha 21 de Agosto de 2006

FIRMA DEL PROPUESTO
ASEGURADO_____
FIRMA DEL TOMADOR_____
FIRMA DEL INTERMEDIARIO
DE SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO: