

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL

Nº. 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 ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:			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:			ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:				

DATOS DE LA EMPRESA CONTRATANTE

INDOLE DEL RIESGO:		CLASIFICACIÓN DEL RIESGO:					
		<input type="checkbox"/> CLASE I <input type="checkbox"/> CLASE II <input type="checkbox"/> CLASE III <input type="checkbox"/> CLASE IV <input type="checkbox"/> CLASE V					
UBICACIÓN DEL RIESGO:							
¿NÚMERO DE TRABAJADORES QUE TIENE ACTUALMENTE LA EMPRESA?				¿DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA?			
¿MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE SE HAN TOMADO EN PREVENCIÓN DE ACCIDENTES?							
ESTAN LOS TRABAJADORES EXPUESTOS A:							
<input type="checkbox"/> AGENTES FÍSICOS <input type="checkbox"/> AGENTES BIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> AGENTES QUÍMICOS <input type="checkbox"/> RIESGOS PSICOSOCIALES <input type="checkbox"/> CONDICIONES ERGONÓMICAS							
¿SE LE GARANTIZA A LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS LAS CONDICIONES DE PREVENCIÓN, SALUD, SEGURIDAD Y BIENESTAR EN EL TRABAJO, EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN LA LEY ORGANICA DE PREVENCIÓN, CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO?							<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿SE INSTRUYEN Y CAPACITAN A LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS RESPECTO A LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES?							<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
LA EMPRESA O COMPAÑÍA CUENTA CON LOS SERVICIOS DE:							
<input type="checkbox"/> DPTO. MÉDICO <input type="checkbox"/> DPTO. DE SEGURIDAD LABORAL <input type="checkbox"/> DPTO. DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL							
¿EXISTE LA POSIBILIDAD DE ACCIDENTE O MUERTE DE ALGÚN TRABAJADOR EN LAS LABORES QUE REALIZAN?							
¿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			

COBERTURAS
(INDIQUE EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA)

DESCRIPCIÓN	SUMA ASEGURADA
<input type="checkbox"/> MUERTE	
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD ABSOLUTA Y PERMANENTE PARA CUALQUIER ACTIVIDAD LABORAL	
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO HABITUAL	
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE MAYOR DEL VEINTICINCO POR CIENTO (25%) DE SU CAPACIDAD FÍSICA O INTELECTUAL PARA LA PROFESIÓN U OFICIO HABITUAL	
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE HASTA EL VEINTICINCO POR CIENTO (25%) DE SU CAPACIDAD FÍSICA O INTELECTUAL PARA PARA LA PROFESIÓN U OFICIO HABITUAL	
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD TEMPORAL	
<input type="checkbox"/> GRAN DISCAPACIDAD ASOCIADA A LA DISCAPACIDAD ABSOLUTA.	
<input type="checkbox"/> GRAN DISCAPACIDAD ASOCIADA A LA DISCAPACIDAD TEMPORAL.	

COBERTURAS OPCIONALES

<input type="checkbox"/> GASTOS DE ENTIERRO	
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO POR NEGLIGENCIA	
<input type="checkbox"/> GASTOS DE ASISTENCIA LEGAL Y DEFENSA PENAL	

COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

NOMBRE DEL DELEGADO(A) DE PREVENCIÓN	CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE ELEGIDO
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR (A)	CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE ELEGIDO

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: _____

Yo, el Propuesto Asegurado, declaro:

- 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.
- Que acepto, que la responsabilidad del Asegurador, comienza una vez celebrado el contrato de seguros.
- 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.
- Que conozco que en caso de declaraciones falsas u omisiones 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: