

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL SOLICITUD DE SEGURO

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA BAJO EL N° 103.

N° Solicitud \_\_\_\_\_  
Emisión \_\_\_\_\_  
Inclusión \_\_\_\_\_  
Exclusión \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____		Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____	
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____		Sexo: F ___ M ___ Estado Civil: S ___ C ___ D ___ V ___ O ___	
	Profesión: _____		Ocupación u Oficio _____	
	Actividad Económica: Industrial Comercial ___ Gubernamental ___ Otra ___ Especifique: _____		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: _____				
Dirección de Cobro: _____				
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____		
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____		

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

Propuesto Asegurado Persona Natural	Apellidos: _____		Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____	
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____		Sexo: F ___ M ___ Estado Civil: S ___ C ___ D ___ V ___ O ___	
	Profesión: _____		Ocupación 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: _____				

Propuesto Asegurado Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____		R.I.F.: _____	
	Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada ___ Pública ___	
	Fecha Constitución: ___ / ___ / ___		Patrimonio: _____	
	Actividad Económica: Profesional ___ Comercial ___ Industrial ___ Productos o servicios que ofrece: _____		N° Registro: _____	
	Dirección _____		Tomo: _____	
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
	Correo Electrónico: _____			
	Dirección de Cobro: _____			
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____		
Nombres y Apellidos Representante Legal: _____				
Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____		
Correo Electrónico: _____		Nacionalidad: _____		
N° Teléfono: _____		N° Teléfono Celular: _____		

### Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ___ / ___ / ___	Frecuencia de Pago de la Prima	Anual ___ Semestral ___
	Hasta: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ___ / ___ / ___	Trimestral ___ Mensual ___	
Sucursal:				Moneda: _____

### Información General del Riesgo

Riesgo	Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Avenida/Calle/Transversal: _____	
	Centro Comercial/Edificio/Casa/Local: _____	Piso/Nivel / Oficina / N° Apto. / Casa: _____	

Lineros: Norte: \_\_\_\_\_ Sur: \_\_\_\_\_ Este: \_\_\_\_\_ Oeste: \_\_\_\_\_

Nº Teléfono / Fax: \_\_\_\_\_ Relación del Inmueble con el Asegurado: \_\_\_\_\_

¿Existen locales contiguos o conexos? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Colinda el inmueble con inmuebles desocupados, invadidos o abandonados o en ruinas, obras en demolición o proceso de construcción? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

Número de trabajadores o trabajadoras: \_\_\_\_\_

Monto anual estimado de la nómina: \_\_\_\_\_

Indique el horario laboral autorizado por el Ministerio del Trabajo: \_\_\_\_\_

Descripción de su actividad principal: \_\_\_\_\_

Mencione las principales máquinas o aparatos mecánicos que usa: \_\_\_\_\_

Los trabajos se desarrollan dentro de los predios de trabajo Si \_\_\_ No \_\_\_ ; de detalles: \_\_\_\_\_

Adicionalmente a la actividad principal, se realizan otras: No \_\_\_ Si \_\_\_ de detalles: \_\_\_\_\_

¿El local tiene iluminación propia? No \_\_\_ Si \_\_\_ Describa características de la iluminación utilizada: \_\_\_\_\_

¿El local tiene suficiente ventilación? No \_\_\_ Si \_\_\_ Describa características de la ventilación utilizada: \_\_\_\_\_

¿A la maquinaria o instrumentos usados por los empleados se les hace el mantenimiento adecuado? No \_\_\_ Si \_\_\_ describa las características del mantenimiento: \_\_\_\_\_

¿Utilizan materias peligrosas o inflamables ? No \_\_\_ Si \_\_\_ ; indique cuáles y cantidad: \_\_\_\_\_

¿Utilizan explosivos? No \_\_\_ Si, indique cuáles y cantidad: \_\_\_\_\_

En caso de trabajar con sustancias químicas, inflamables o tóxicas, especifique los sistemas de protección: \_\_\_\_\_

¿Se toman las previsiones necesarias para el trabajo? No \_\_\_ Si \_\_\_

¿Se practican los exámenes médicos requeridos para conocer la salud de los trabajadores? No \_\_\_ Si \_\_\_ ; indique en que momento: \_\_\_\_\_

¿La empresa tiene departamento médico? No \_\_\_ Si \_\_\_ ; indique números de médicos, nombres y apellidos, número de colegio y especialidad: \_\_\_\_\_

¿Están los trabajadores protegidos por medios naturales o artificiales de las corrientes dañinas del aire, de los cambios de temperatura y humedad o sequedad excesiva? No \_\_\_ Si \_\_\_

¿Están los trabajadores protegidos contra las relaciones dañinas de cualquier fuente de calor? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Su organización dispone de un manual de funciones que abarque todos los aspectos del negocio, definiendo la responsabilidad de cada trabajador y del control de sus respectivo cumplimiento? No \_\_\_ Si \_\_\_ .

¿Qué facilidades de asistencia médica existen en la zona? \_\_\_\_\_

¿Cumple con las normas de higiene y seguridad industrial necesarias para el tipo de actividad que desarrolla? Si \_\_\_ No \_\_\_ .

¿Tiene algún departamento o personal a cargo de esta actividad? Si \_\_\_ No \_\_\_ .

¿Tiene Pólizas contratadas de Responsabilidad Patronal, Accidentes Personales u Hospitalización, para cubrir a sus trabajadores? No \_\_\_ Si \_\_\_ , mencione cuál o cuáles, indicando nombre de la aseguradora, número de póliza y vigencia :

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

Aseguradora	Nº Contrato	Causa	Fecha	Monto Indemnizado

**Coberturas a Contratar**

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
<b>Basica</b>	
<b>Opcionales (estas coberturas no son de obligatoria contratación)</b>	
___ Gastos de asistencia legal y defensa penal	
___ Gastos médicos	
___ Exceso de Responsabilidad	

**Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado)**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V \_\_\_ E \_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V \_\_\_ E \_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

**Declaraciones**

El Tomador y el Propuesto Asegurado declaran 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.

Firma del Propuesto Asegurado (Personal Natural)	<b>Huellas</b>	Pulgar del Asegurado	Firma del Representante Legal del Propuesto Asegurado (Personal Jurídica)	<b>Huellas</b>	Pulgar del Representante Legal
---	----------------	----------------------	--	----------------	-----------------------------------

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

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

<b>Firmas</b>	Firma del Tomador (Personal Natural)	<b>Huellas</b>	Pulgar del Tomador	Firma del Representante Legal del Tomador (Personal Jurídica)	<b>Huellas</b>	Pulgar del Representante Legal
---------------	--------------------------------------	----------------	--------------------	--	----------------	-----------------------------------

<b>Intermediario de la actividad aseguradora:</b>	<b>Código</b>
Sede Principal: 2da. Transversal de las Delicias de Sabana Grande, Av. Los Manquitos, Edif. Seguros Corporativo, Caracas-Venezuela. Teléfonos: (0212)762.4431/7194/1774/5642, www.seguroscorporativos.com	