

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

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

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	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: _____
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente ___ Socio ___ Empleado ___		Ingreso Promedio Anual: _____
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	N° Teléfono: _____
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono Celular: _____
	Dirección de Oficina: _____		
Urbanización / Zona / Sector: _____			
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: _____	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: _____	
	Dirección de Oficina: _____			
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	N° Teléfono: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono Celular: _____	
	Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____				
Ciudad: _____				
Municipio: _____				
N° Teléfono: _____				

Propuesto Asegurado Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	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: _____	N° Teléfono: _____
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono Celular: _____
	Dirección de Oficina: _____		
Urbanización / Zona / Sector: _____			
Ciudad: _____			
Municipio: _____			
N° Teléfono: _____			

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

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

Ubicación: Linderos: 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 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**

**COBERTURAS** **SUMA ASEGURADA**

**Basica**

**Opcionales (estas coberturas no son de obligatoria contratación)**

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

Intermediario de la actividad aseguradora: Código