SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL
SOLICITUD DE SEGURO

Esta solicitud debe ser completada, por el Tomador y/o Solicitante como Asegurado, con letra molde, sin tachaduras, en forma completa, amplia y exacta. De lo contrario, no podrá ser procesada.

I. DATOS DE LA SOLICITUD

Tipo de Póliza	Tipo de Solicitud	Sucursal	Fecha de Solicitud	Vigencia
☐ Individual ☐ Colectivo	☐ Emisión ☐ Modif. ☐ Incl. ☐ Excl.	Póliza Nº:	/ /	Desde: / / Hasta: / /

II. DATOS DEL TOMADOR

Datos de Identificación: __Persona Natural/ ___Representante Legal

Carácter en que contrata:	Nacionalidad:	Nº C.I./ Pasaporte:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
☐ Propio ☐ Ajeno	☐ V ☐ E ☐ J			

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo:	Estado Civil:
		☐ F ☐ M	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Fecha de Nacimiento:	Actividad Económica:	Profesión:	Ocupación:
	☐ Comercial ☐ Profesional		

Indique Tipo de Relación si actúa en representación de una Persona Jurídica: ___Apoderado ___ Autorizado ___Representante	Persona Contacto:	Teléfono:

Datos de Identificación: Persona Jurídica

Tipo de Persona:	Nº RIF:	Nº NIT:
☐ Jurídica ☐ Gubernamental		

Denominación Razón Social:

Registro Mercantil			Nombre del Registro:	Circunscripción Judicial:
Tomo	Número	Fecha		

Actividad Económica:	Especifique:
☐ Industrial ☐ Comercial ☐ Gubernamental	

Ingreso y Patrimonio: ___Persona Natural / ___Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.):

Patrimonio (en Bs.):

__Dirección de Habitación: Persona Natural o Representante Legal/ __Dirección de Oficina: Persona Jurídica

País:	Estado:	Ciudad:

Urbanización:	__Av.__Calle__Transversal:

__CC.__Edif.__Torre__Casa__Quinta__Local:	__Piso__Nivel:	__Ofc.__Apto.:

Zona Postal:	Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular (Cód.) Número:	Tel. Fax (Cód.) Número:

E-mail o Cuenta de Red Social (Especifique):

Dirección de cobro

País:	Estado:	Ciudad:

Urbanización:	__Av.__Calle__Transversal:

__CC.__Edif.__Torre__Casa__Quinta__Local:	__Piso__Nivel:	__Ofc.___Apto.:

Zona Postal:	Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular (Cód.) Número:	Tel. Fax (Cód.) Número:

III. DATOS DEL SOLICITANTE COMO ASEGURADO

Datos de Identificación: Persona Natural

Nacionalidad: ☐ V ☐ E	Nº C.I./ Pasaporte:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: ☐ F ☐ M	Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo
Fecha de Nacimiento:	Actividad Económica: ☐ Comercial ☐ Profesional	Profesión:	Ocupación:

Dirección de Habitación: Persona Natural

País:	Estado:	Ciudad:
Urbanización:	__Av.__Calle__Transversal:	
__CC.__Edif.__Torre__Casa__Quinta__Local:	__Piso__Nivel:	__Ofc.__Apto.:
Zona Postal:	Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular (Cód.) Número:	Tel. Fax (Cód.) Número:

IV. DATOS DEL RIESGO

Tipo de Riesgo: ☐ Industrial ☐ No industrial ☐ Residencial		Índole del Riesgo:	
Índole Declarada:	Interés Asegurado:	Alcance Territorial:	
Estimado de Nómina Inicial:	Tipo de Póliza: ☐ Declarativa ☐ Única	Tasa de Ajuste:	

Número de Empleados Administrativos_____ Número de Empleados Operativos _____

V. COBERTURAS

COBERTURAS	SUMA A ASEGURAR
Límite Máximo por Trabajador	
Límite Máximo por Año Póliza	

VI. EXPERIENCIA CON OTRAS PÓLIZAS

SINIESTROS

Compañía de Seguros	Nº Solicitante	Tipo / Causa	Monto Pérdida

VII. AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

El Tomador , en caso de otorgamiento de la póliza, autoriza a debitar de la cuenta abajo indicada, el monto correspondiente a la prima de este seguro y se compromete a mantener en la cuenta dicho monto en la fecha de la exigibilidad o de lo contrario se entenderá como su voluntad expresa de no continuar con el seguro.

VIII. PAGO DE PRIMA

Tipo de Moneda:	☐ Depósito en banco ☐ Cheque ☐ Cargo en cuenta ☐ TDC. Fecha de Vencimiento: / /
	Nro. Código Cuenta / Nro. Tarjeta del Tomador: _____
	Banco: _____

IX. DOMICILIACIÓN DE PAGOS

El Tomador y/o el Solicitante como Asegurado autorizan que todos los pagos de siniestros se efectúen a la siguiente cuenta bancaria:

Banco: _____ Nro. Cuenta Beneficiario: _____ Tipo: ☐ Ahorro ☐ Corriente

X. DATOS DEL PRODUCTOR

Código	Apellido(s) Nombre(s)	% Participación

XI. DECLARACIONES

El Tomador y/o el Solicitante como Asegurado declaran que:

A. Han leído, cuidadosa y totalmente todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que la información que dan en este documento es verdadera, amplia, completa y exacta. Conocen que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para evaluar el riesgo y fijar la prima, por lo que autorizan la verificación de los mismos.

B. Conocen que, en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad del Asegurador por este seguro y que no han omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del asegurador sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.

C. Dan fe que el dinero utilizado para el pago 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 previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Lugar y Fecha	Firma del Tomador	Huella del Pulgar Derecho del Tomador	Firma del Solicitante como Asegurado	Huella del Pulgar Derecho del Solicitante como Asegurado
_____	_____		_____	

XII. PRODUCTOR

Actuando como intermediario(s) de Seguros certifico(amos) que el presente formulario fue debidamente completado en todas sus partes por el Tomador o Solicitante como Asegurado, según corresponda, dando cumplimiento con lo indicado en la Ley de Contrato vigente.

Código	Apellido(s) Nombre(s)	Firma y Huella Dactilar

Documentos Requeridos

Fotocopias de:

☐ Si es Persona Natural, Cédula de Identidad, si es Persona Jurídica Registro de Información Fiscal (RIF), Registro Mercantil y Registro de Información Fiscal (RIF) del Tomador y Asegurado.
☐ Cédula de Identidad del(los) Representante(s) Legal(es).
☐ Documento de Constitución de la Empresa debidamente inscrita en el Registro Mercantil.
☐ Cualquier otro documento que sea necesario para evaluar el caso.