





**Pirámide**  
SEGUROS  
RIF J-00106474-5

SOLICITUD DE SEGURO  
PIRÁMIDE LABORAL

*Te lo hacemos fácil*

Teléfonos	Email
-----------	-------

Actividad económica	Ingreso Promedio Anual
---------------------	------------------------

**DATOS DEL BENEFICIARIO PREFERENCIAL**

Indique el tipo de persona:  Persona Natural o  Persona Jurídica

Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social	Nº. Cédula de Identidad	Nº. de RIF
--	-------------------------	------------

Dirección
-----------

Teléfono de habitación	Teléfono celular
------------------------	------------------

Email
-------

Sobre la partida o bien (detalle en caso de ser necesario)
--

**DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO**

**Si el Propuesto Asegurado es Persona Natural (Indique los datos solicitados)**

Apellido(s) y Nombre(s)	Nº. Cédula de Identidad	Nº. de RIF
-------------------------	-------------------------	------------

Lugar y fecha de nacimiento	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro: _____
-----------------------------	---

Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Dirección de habitación
---	-------------------------

Teléfono habitación	Teléfono celular	Profesión u oficio
---------------------	------------------	--------------------

Dirección de cobro (Solo si es distinta a la habitación)
--

Ocupación <input type="checkbox"/> Trabajador dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador o profesional independiente <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Trabajador de Economía Popular
--

Nombre de la empresa
----------------------

Actividad Económica que desempeña (o la empresa)	Cargo
--	-------

Dirección
-----------

Fecha de ingreso	Zona Postal	Antigüedad
------------------	-------------	------------

Ingreso Anual	Teléfono	Email
---------------	----------	-------



**Pirámide**  
SEGUROS  
RIF J-00106474-5

SOLICITUD DE SEGURO  
PIRÁMIDE LABORAL

*Te lo hacemos fácil*

**Si el Propuesto Asegurado es Persona Jurídica (Indique los datos solicitados)**

Nombre o Razón Social de la empresa	Nº. de RIF
Registro Mercantil Nº. de Tomo y fecha de creación de la empresa	
Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal	Nº. Cédula de Identidad
Dirección	
Teléfono(s)	Email
Actividad económica	Ingreso Promedio Anual

**TIPOS DE NÓMINAS**

**Seleccione la Nómina de Trabajadores sólo cuando no haya separación de tipo de nómina**

Tipos de Nómina	Número de Trabajadores
<input type="checkbox"/> Nómina de Personal Administrativa	
<input type="checkbox"/> Nómina de Personal Operario	
<input type="checkbox"/> Nómina de Trabajadores (Administrativa y Operario),	

**El solicitante solo está obligado a escoger la cobertura básica de esta póliza. Las Coberturas restantes son opcionales.**

**COBERTURAS**

Coberturas	Suma Asegurada
<b>Responsabilidad Empresarial</b>	
<b>Básica</b>	
Comprende los siguientes riesgos: Muerte del trabajador o trabajadora, Discapacidad absoluta permanente para toda actividad laboral, Discapacidad total permanente para el trabajo habitual, Discapacidad parcial permanente, Discapacidad temporal, Gran discapacidad, Secuelas o deformaciones permanentes.	■
Coberturas	Suma Asegurada

**Capítulo I-Opcionales**

Lucro cesante del trabajador(a)	<input type="checkbox"/>	
Gastos de asistencia legal y defensa penal	<input type="checkbox"/>	



**Pirámide**  
SEGUROS  
RIF J-00106474-5

SOLICITUD DE SEGURO  
PIRÁMIDE LABORAL

*Te lo hacemos fácil*

Gastos por asistencia médica	<input type="checkbox"/>	
------------------------------	--------------------------	--

### Capítulo II-Responsabilidad Patronal

Coberturas		Suma Asegurada
Muerte o gran discapacidad	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad permanente toda actividad	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad parcial y permanente	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad temporal para el trabajo	<input type="checkbox"/>	
Gastos por asistencia médica	<input type="checkbox"/>	
Hernias	<input type="checkbox"/>	
Gastos funerario	<input type="checkbox"/>	

**Cuando la póliza sea para un contrato en específico, indique los siguientes datos**

Objeto de Contrato \_\_\_\_\_

Nombre del Ente: \_\_\_\_\_

Nº. de Contrato: \_\_\_\_\_

Ubicación \_\_\_\_\_

### DATOS DE SINIESTROS OCURRIDOS

Nombre de la compañía Aseguradora	Fecha del siniestro	Monto del siniestro
-----------------------------------	---------------------	---------------------

Causas: \_\_\_\_\_



**Pirámide**  
SEGUROS  
RIF J-00106474-5

SOLICITUD DE SEGURO  
PIRÁMIDE LABORAL

*Te lo hacemos fácil*

**PAGO DE PRIMA**

De contado                       Financiada                       Fraccionada

¿Desea domiciliar el cobro de la póliza para este año de póliza?                       Sí     No

Si su respuesta es "Afirmativa", seleccione la modalidad de fraccionamiento de prima:

Anual                       Semestral                       Trimestral                       Mensual

Apellido(s) y Nombre(s) (Titular de la cuenta)

Cédula de Identidad

Banco

Tipo de cta.

Nº. de cuenta

¿Desea que el cobro de la póliza para este año de póliza se efectuó por tarjeta de crédito?

Sí     No

Si su respuesta es "Afirmativa", seleccione la modalidad de fraccionamiento de prima:

Anual                       Semestral                       Trimestral                       Mensual

Apellido(s) y Nombre(s) (Titular de la tarjeta)

Cédula de Identidad

Banco

Tipo

Fecha vcto.

Nº. de tarjeta

**COMUNICACIONES**

Autorizo a Seguros Pirámide, C.A., a dar aviso o comunicación con respecto al contrato a ser celebrado a través de los siguientes medios electrónicos (SMS y/o correo electrónico). De igual manera me obligo a notificar por escrito al Asegurador en caso de cambio del número de teléfono o Email aquí indicado.

Número de Celular

Email

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del Tomador	Huella dactilar	Firma del Propuesto Asegurado	Huella dactilar
C.I:		C.I:	

