



Seguros Caracas

RIF. J-00038923-3

Solicitud de Seguro N°: _____

Fecha de Solicitud: _____

Sucursal de Emisión: _____

I. Datos del Tomador

Nombres y apellidos / razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____
V E J

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio Independiente Otro _____

Ramo: _____

Dirección del Tomador

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Si el Tomador es Persona Jurídica responde adicionalmente

Fecha de constitución de la empresa: _____ Naturaleza de la empresa: Pública Privada

II. Datos del propuesto Asegurado

Nombres y apellidos / razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____
V E J

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio Independiente Otro _____

Ramo: _____



Responsabilidad Patronal

Solicitud de Seguro N°: _____

Dirección del riesgo

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

III. Datos del representante legal ante la Empresa de Seguros

Nombres y apellidos / razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____
V E J _____

Dirección de oficina

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

IV. Vigencia del seguro

Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____

Frecuencia de pago: Anual: Semestral: Trimestral: Mensual:

V. Riesgo a asegurar

Actividad económica: _____

Modalidad de la Póliza: Declarativa: Nominativa (sin descripción de trabajadores):

En caso de seleccionar la modalidad Declarativa, debe llenar el complemento de Solicitud de Póliza, a fin de detallar cada uno de los trabajadores o trabajadoras amparados.



Solicitud de Seguro N°: _____

Tipo de nómina	Monto de nómina anual estimada Bs.	Número de trabajadores
(1) Personal Obrero		
(2) Personal Administrativo		
(3) Todos los Trabajadores		
Total		

Si la póliza es para amparar únicamente a los trabajadores o trabajadoras, en ocasión de un contrato de obra o servicio, especifique:

VI. Datos del principal (empresa para quién se realizará el trabajo)

Nombre: _____ No. contrato: _____

Ubicación: _____

VII. Coberturas solicitadas

El Solicitante sólo está obligado a escoger la cobertura básica de esta póliza. Las coberturas restantes son opcionales:

Coberturas	Selección	Límites
Básica	<input checked="" type="checkbox"/>	Según Condicionado de Póliza
Coberturas opcionales	Selección	Límites
Gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica	<input type="checkbox"/>	
Hernias para tejidos blandos	<input type="checkbox"/>	
Hernias Discales	<input type="checkbox"/>	
Atención médica In Situ	<input type="checkbox"/>	



Solicitud de Seguro N°: _____

Coberturas opcionales		Número de veces el límite solicitado en la cobertura de gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica
Exceso de gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
Exceso de gastos por rehabilitación	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
Límites de responsabilidad de la Empresa de Seguros		Límite solicitado (Bs.)
Límite por trabajador (todas las coberturas año póliza)		
Límite por dos o más trabajadores (todas las coberturas año póliza)		

Ampliación del contrato base:

Extensión al contrato petrolero Extensión al contrato de la construcción
 Otro Especifique: _____

VIII. Información complementaria

Siniestros ocurridos en períodos anteriores

Empresa de Seguros	Monto reclamado	Nº de Póliza y ramo	Fecha de ocurrencia

Otros seguros vigentes de Responsabilidad Patronal, sobre los mismos trabajadores o trabajadoras

Empresa de Seguros	Monto asegurado	Nº de Póliza y ramo	Vigencia

Intermediario(s)

Apellido y nombre o razón social	Código	% de participación	Firma



IX. Datos bancarios para cobro de Prima

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria, para este año póliza, favor indicar:

Banco	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito, para este año póliza, favor indicar:

Banco	Nº de Tarjeta de Crédito	Tipo	Vence

X. Datos del representante legal ante la Empresa de Seguros

En caso que la Compañía deba efectuar un pago al Titular de la Póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del Titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el Titular haya suministrado previamente a la Compañía.

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco y cuenta indicados para Cobro de Prima Otra cuenta favor indicar:

Banco	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta



XI. Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la Póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

Yo, _____, C.I. No. _____, 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, beneficios, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, conforme a lo dispuesto en el Título III de las "Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.621, de fecha 22 de febrero de 2011, y cuya reforma fue publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.694, de fecha 13 de junio de 2011.

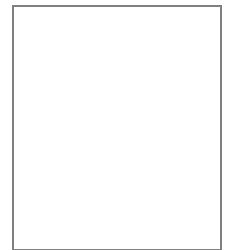
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del Asegurado: _____



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho)



Huella dactilar Asegurado
(Pulgar derecho)

SEGUROS CARACAS, C. A., RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el No. 13



Responsabilidad Patronal