


I. DATOS DE LA SOLICITUD			
Póliza Numero:		Fecha de Solicitud: / /	Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /
II. DATOS DEL CONTRATANTE			
Apellidos y Nombres:		RUC o Cédula:	Fecha de Nac./ Registro CIA.: / /
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unido <input type="checkbox"/>		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento: Provincia:
Tipo de Actividad: Comercial o Profesional <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Profesión:	Ocupación:
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:	Patrimonio:
Dirección de Residencia: Provincia:		Distrito:	<input type="checkbox"/> Corregimiento: <input type="checkbox"/> Urbanización:
<input type="checkbox"/> Calle: <input type="checkbox"/> Avenida: <input type="checkbox"/> Vía:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C.	
<input type="checkbox"/> Piso :	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:	Celular: Apartado Postal:
Dirección de Oficina: Provincia:		Distrito:	<input type="checkbox"/> Corregimiento: <input type="checkbox"/> Urbanización:
<input type="checkbox"/> Calle: <input type="checkbox"/> Avenida: <input type="checkbox"/> Vía:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C.	
<input type="checkbox"/> Piso :	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:	Celular: Apartado Postal:
Dirección de Correo (E-mail)		Indicar dirección de cobro: Residencia: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>	
III. FORMA DE PAGO			
Descuento de Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> - Transferencia Electrónica ACH <input type="checkbox"/> - Transferencia banca en Línea <input type="checkbox"/> - Descuento en Planilla <input type="checkbox"/> - Pago Voluntario <input type="checkbox"/>			
Periodicidad: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>			
IV. DATOS DEL RIESGO			
Índole del Riesgo: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>		Tipo de Comercio o Industria:	Mercancía Predominante:
Dirección de Oficina: Provincia:		Distrito:	<input type="checkbox"/> Corregimiento: <input type="checkbox"/> Urbanización:
<input type="checkbox"/> Piso :	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:	Apartado Postal:
Uso del Edificio/ Casa/ Galpón: Industria <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>			
Explique: Clase de trabajo que se desea asegurar. Describir detalles, duración probable de los trabajos			
LINDEROS DEL INMUEBLE: Indique Claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes o terrenos a edificar, inmuebles desocupados, invadidos, obras en demolición o en construcción y tipo de comunicación (contigua o no)			
Norte:			
Sur:			
Este:			
Oeste:			

V. COBERTURAS

BÁSICAS	MONTO DE LA SUMA ASEGURADA		
Muerte del trabajador	SEGÚN LO ESTABLECIDO EN TÍTULO VIII, DE LAS PRESTACIONES, PROGRAMAS, SERVICIOS Y DE SU FINANCIAMIENTO, DE LA LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN, CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DEL TRABAJO.		
Discapacidad Absoluta Permanente (Toda actividad)			
Discapacidad Total permanente para la actividad habitual			
Discapacidad Parcial Permanente			
Discapacidad Temporal			
Gran Discapacidad			
OPCIONALES	SI	NO	SUMA ASEGURADA
Gastos de asistencia legal y defensa penal			
Gastos médicos			
Exceso de límite para responsabilidad del asegurado			

VI. OTROS

Es usted: <input type="checkbox"/> Fabricante <input type="checkbox"/> Mayorista <input type="checkbox"/> Minorista <input type="checkbox"/> Otro (Detalle)	
Cantidad de empleados que tiene la empresa:	Monto de la nómina actual:
Monto de los ingresos brutos anuales:	Horario de trabajo:
CLASIFICACIÓN DE LOS TRABAJOS	ESTIMADO DEL MONTO TOTAL DE LA REMUNERACIÓN
a) Todo el personal de oficina	
b) Todo el personal industrial en los sitios de trabajo	
c) Todos los que efectúen reparaciones o alteraciones en los locales	
d) Trabajando en el mismo local que sean tarificables por separado	
e) Trabajo fuera del local	
La Empresa o Negocio se opera, produce o almacena:	
1. Sustancias Radioactivas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Explosivos o Mercancías Inflamables	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Cualquier Afluente, Humo, Materia o Naturaleza Nociva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

VII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS INTRESES

Vigentes				Anteriores	
Compañía de Seguros	Sumas Aseguradas	Póliza N°	Vencimiento	CÍA de Seguros	Póliza N°

Solicitudes rechazadas: Compañías:

Fechas:

HISTORIA PREVIA DE SINIESTROS

Naturaleza de los daños	Fecha	Si estuvo Asegurado		Monto de la Perdida	Precauciones Adoptadas
		Compañía de Seguros	N° de Póliza		

Observaciones:

Autorización para Solicitar y Suministrar Información de Crédito

Doy mi consentimiento y autorizo a La Floresta de Seguros y Vida, S.A. a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a La Floresta de Seguros y Vida, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos donde los cuales se han hecho preguntas, y en base a lo cual se emite la póliza correspondiente; en consecuencia acepto que cualquier información falsa, errónea e inexacta, brindada en esta solicitud, puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro, sin responsabilidad alguna para LA COMPAÑÍA.

En la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

PRODUCTOR

Nombres y Apellidos

Código

Firma