

SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)

El Contratante (Razón Social o Nombre Jurídico) _____ solicita a Seguros Atlántida, S.A., la emisión de una Póliza de Seguro de Riesgos Profesionales, favor llenar lo siguiente:

I. Información de la Persona Jurídica Contratante (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, aplique, favor escribir "N/A".)

Razón o Denominación Social	Nombre Comercial	No. de RTN (adjuntar fotocopia)	
Dirección completa:			
Teléfono de la Empresa	Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web
Giro o Actividad Económica del Negocio: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Cual _____			
No. de Inscripción en el Registro Mercantil (anexar copia escritura social y reformas)			
¿Mantiene pólizas suscritas sobre estos bienes con otra(s) aseguradora(s)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

II. Información personal del Representante Legal o Contratante (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "N/A".)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Apellido de Casado (a)
Lugar de Nacimiento	Fecha Nacimiento	Edad	Nacionalidad
	____/____/____		
Número de identificación (anexar fotocopia)	Tipo de identificación		
	Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de Residente <input type="checkbox"/>
Sexo	Estado Civil	Nombre del Cónyuge:	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>		
Dirección Completa de Residencia:			
Teléfono de Residencia	Fax No.	Correo Electrónico	
Nombre de la Empresa o Negocio donde labora	Posición/Cargo que desempeña	Tiempo de laborar en la empresa	
Dirección Completa de la Empresa donde labora:			
Teléfono de Trabajo	Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web
Especifique detalladamente su fuente de ingresos:			
Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>
Socio <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	

III. Datos sobre la póliza:

1. Coberturas:

ACCIDENTES DE TRABAJO

- ✓ Muerte (Incluyendo gastos del funeral)
- ✓ Incapacidad total permanente
- ✓ Incapacidad Parcial Permanente
- ✓ Incapacidad Temporal
- ✓ Asistencia Médica, Hospitalización y Servicios Farmacéuticos.

RESPONSABILIDAD CIVIL

