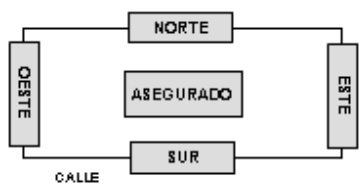


I. DATOS DE LA SOLICITUD			
Póliza Numero:		Fecha de Solicitud: / /	
		Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /	
II. DATOS DEL CONTRATANTE			
Apellidos y Nombres:		RUC o Cédula:	Fecha de Nac./ Registro CIA.: / /
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <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:	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:	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"/> Residencial <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			
<b>LINDEROS DEL INMUEBLE:</b> 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	<b>SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL TÍTULO VIII, DE LOS INFORTUNIOS DEL TRABAJO, DE LA LEY ORGÁNICA DEL TRABAJO</b>
Incapacidad Absoluta y Permanente	
Incapacidad Absoluta y Temporal	
Incapacidad Parcial y Permanente	
Incapacidad Parcial y Temporal	
Asistencia Médica, Quirúrgica y Farmacéutica	
Gastos de Entierro	

**VI. OTROS**

Se realizan algunas actividades fuera de sus locales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo detalle:	
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 nomina actual:
Monto de los ingresos brutos anuales:	Horario de Trabajo:

CLASIFICACION DE LOS TRABAJOS	ESTIMADO DEL MONTO TOTAL DE LA REMUNERACION
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) Trabajos en el mismo local que sean tarificables por separado	
e) Trabajo fuera de local	

La empresa o negocio que opera, produce o almacena:	Si	No
1. Sustancias Radioactivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Explosivos o Mercancías inflamables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cualquier afluyente, humo, material o naturaleza nociva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS INTERESES**

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