

## SOLICITUD DE RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD No. \_\_\_\_\_ PÓLIZA No. \_\_\_\_\_ VIGENCIA \_\_\_\_\_

### I.- DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Apellido Casada \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Número de Identificación \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Identidad ( ) Pasaporte ( ) Carné de Residente ( ) Nacionalidad \_\_\_\_\_  
Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: S ( ) C ( ) Nombre Completo del Cónyuge \_\_\_\_\_  
Dirección Completa de Residencia \_\_\_\_\_  
Teléfono de Residencia \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Apdo. Postal \_\_\_\_\_  
Profesión, Ocupación u oficio \_\_\_\_\_ Nombre del Negocio (si aplica) \_\_\_\_\_  
Giro o actividad económica del negocio \_\_\_\_\_  
Nombre de la empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Posición/cargo que desempeña \_\_\_\_\_  
Tiempo de laborar en la empresa \_\_\_\_\_ Teléfono No. \_\_\_\_\_ Fax No. \_\_\_\_\_ Sitio Web. \_\_\_\_\_  
Dirección Completa de la empresa donde labora \_\_\_\_\_  
Teléfono No. \_\_\_\_\_ Fax No. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Sitio Web. \_\_\_\_\_  
Especifique detalladamente su fuente de ingresos \_\_\_\_\_  
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s); (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada) \_\_\_\_\_

### II.- DATOS DEL CONTRATANTE

Razón o Denominación Social \_\_\_\_\_  
Nombre Comercial \_\_\_\_\_ No. De RTN (adjuntar fotocopia) \_\_\_\_\_  
**Información Personal del autorizado para contratar**  
Nombre Completo, (como aparecen en el documento de identidad) \_\_\_\_\_  
Identidad No. \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Identidad ( ) Pasaporte ( ) Carné de Residente ( ) Nacionalidad \_\_\_\_\_  
Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: S ( ) C ( ) Dirección de Residencia \_\_\_\_\_  
Teléfono de Residencia \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Apdo. Postal \_\_\_\_\_  
Dirección Completa de Contratante \_\_\_\_\_  
Teléfono No. \_\_\_\_\_ Fax No. \_\_\_\_\_ Sitio Web. \_\_\_\_\_ Actividad Económica \_\_\_\_\_  
Mantiene pólizas suscritas con otra(s) aseguradora(s); (especificar nombre, tipo de seguro, suma asegurada) \_\_\_\_\_

### III.-DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

#### IV. COBERTURA BASICA:

##### LIMITES SOLICITADOS:

- 1) Daños a terceros en sus personas  
cada persona por accidente Lps. \_\_\_\_\_  
Daños a terceros en sus bienes  
Por accidente Lps. \_\_\_\_\_  
**LIMITE UNICO COMBINADO** (Daños a terceros en bienes y personas)  
2) Por accidente Lps. \_\_\_\_\_

V. **VIGENCIA DEL SEGURO:** Desde: \_\_\_\_\_ A las 12:00 horas Hasta \_\_\_\_\_ a las 12:00 horas

VI.- **OTROS SEGUROS (Tiene otros seguros para este mismo riesgo)** Sí ( ) No ( )

¿Tiene vigente o ha tenido alguna vez Seguro de Responsabilidad Civil?

¿Alguna Compañía le anegado o cancelado un Seguro de Responsabilidad Civil?

### VII.- INFORMACIÓN ADICIONAL

- 1) Ubicación exacta del lugar donde se realizarán los trabajos \_\_\_\_\_  
2) Descripción de los edificios indicando el año de construcción y número de pisos: \_\_\_\_\_  
3) Área del terreno donde se encuentran los edificios:  
Edificio No.1 \_\_\_\_\_ mts.  
Edificio No.2 \_\_\_\_\_ mts.  
Edificio No.3 \_\_\_\_\_ mts.  
4) Describir las colindancias y distancia a que se encuentran: \_\_\_\_\_  
5) Número de empleados: \_\_\_\_\_  
6) Volumen de salarios pagados anualmente: \_\_\_\_\_  
7) ¿Existe en los predios un Restaurante, bar o cafetería?: \_\_\_\_\_  
8) Descripción del equipo mecánico dentro de los predios: \_\_\_\_\_  
9) Describa brevemente los siniestros ocurridos indicando, fecha, causa y monto pagado por daños a propiedad y por lesiones corporales: \_\_\_\_\_