

USO INTERNO
DE LA COMPAÑÍA

POLIZA NUEVA

RENUOVA POLIZA

MODIFICA POLIZA

PRODUCTOR CODIGO

NOMBRE COMPLETO

ORGANIZADOR CODIGO

NOMBRE COMPLETO

SEGURO DIRECTO

LA PRESENTE DECLARACION SE CONSIDERA INTEGRADA A LA POLIZA QUE CUBRIRA LOS RIESGOS INDICADOS. TODA RETICENCIA, DECLARACION INEXACTA O NO VERAZ, IMPLICARA LA NULIDAD DEL PRESENTE SEGURO Y LA PERDIDA DE DERECHOS DEL ASEGURADO A SER INDEMNIZADO (ART. 5 A 10° DE LA LEY DE SEGUROS). LA ACEPTACION DE LA PRESENTE DECLARACION NO IMPLICA ACEPTACION DEL RIESGO. EL UNICO DOCUMENTO VALIDO ES LA POLIZA (ART. 4° DE LA LEY DE SEGUROS).

ASEGURADO / TOMADOR

RAZON SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDO

POSICION ANTE IVA

CUIT

DOMICILIO LEGAL

DATOS DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDO

POSICION ANTE IVA

CUIT

DOMICILIO LEGAL

LOCALIDAD

TELEFONO

FECHA DE ESTABLECIMIENTO

ANTIGUEDAD DE LA EMPRESA

SINIESTRALIDAD DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS

N° DE EMPLEADOS

VOLUMEN ANUAL DE SUELDOS (DECLARADO POR EL ASEGURADO)

MONTO TOTAL DE FACTURACION ANUAL

DATOS DEL SUBCONTRATISTA

RAZON SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDO

POSICION ANTE IVA

CUIT

DATOS DEL COMITENTE

RAZON SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDO

POSICION ANTE IVA

CUIT

PERIODO DE VIGENCIA

DE LA OBRA

DESDE

HASTA

DEL SEGURO

DESDE

HASTA

ACTIVIDAD Y COBERTURA

DESCRIPCION COMPLETA DE LAS TAREAS / TRABAJOS A REALIZAR

| |
|--|
| |
| |
| |

UBICACION DEL RIESGO

| |
|--|
| |
|--|

EXPERIENCIA DEL CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA EN ESTE TIPO DE TAREAS/TRABAJOS

| |
|--|
| |
| |
| |

CANTIDAD DE EMPLEADOS AFECTADOS A DICHOS TRABAJOS

| |
|--|
| |
|--|

TIPO DE COBERTURA

| |
|--|
| |
| |

AMPLIACIONES DE COBERTURA

| |
|--|
| |
| |
| |

INFORMACION ADICIONAL Y COMENTARIO

AMPLIA DESCRIPCION DE OBRAS (TIPO, PERIODOS DE EJECUCION, MONTOS DE CONTRATO, MEMORIA DESCRIPTIVA)

| |
|--|
| |
| |

PORCENTAJE DE OBRAS SUBCONTRATADAS

| |
|--|
| |
|--|

DETALLE DE EQUIPOS Y MAQUINARIAS (PROPIOS Y SUBCONTRATADOS)

| |
|--|
| |
| |

DESCRIPCION DE OBRADORES, DEPOSITOS, GAMELAS Y SIMILARES

| |
|--|
| |
| |

DESCRIPCION DE OTROS INMUEBLES DEL ASEGURADO

| |
|--|
| |
| |

DESCRIPCION DE CARTELES, BARANDAS, ANTENAS Y SIMILARES

| |
|--|
| |
| |

RESEÑA DE LA EXPERIENCIA DEL ASEGURADO

| |
|--|
| |
| |

INDICAR MEDIDAS DE SEGURIDAD

| |
|--|
| |
| |

DETALLE DE COMITENTES HABITUALES

| |
|--|
| |
| |

