

SOLICITUD DE COTIZACIÓN PARA PÓLIZA DE SEGURO

Sección 1 - Información General

1. Nombre del Patrono:

1a. Nombre del Cónyuge (si es individuo)

2. Tipo de Patrono:

- | | | |
|----------------|---------------------|---------------------------|
| 01 Individuo | 07 Albacea | 13 Otros |
| 02 Sociedad | 08 Sucesión | 14 Sociedad Especial |
| 03 Corporación | 09 Municipio | 15 Sociedad No Registrada |
| 04 Cooperativa | 10 Iglesia | 16 Corporación Foránea |
| 05 Asociación | 11 Club | 17 Corporación Municipal |
| 06 Síndico | 12 Gobierno Estatal | 18 Corporación Pública |

Agente Residente

Teléfono

Dirección Postal:

Dirección Residencial:

Número de Registro Departamento de Estado

Presupuesto ARPE

Fecha de inscripción

Caso Número ARPE

Ley Número

Año

3. Seguro Social Individual o Patronal

Contrato con:

Monto total \$

4. Dirección Postal - Urbanización - Condominio - Barrio - Número - Calle - Pueblo - País y Zona Postal

5. Dirección Física o Dirección Oficina Principal:

6. Teléfono Residencial

Teléfono Negocio

Fax

7. Tiene o ha tenido póliza con nuestra Corporación.

Si

No

Número Póliza:

8. Tipo de operación - Describe todas las actividades a realizar.

Número empleado

Nómina estimada por actividad.

Tipo de operación - Describe todas las actividades a realizar.	Número empleado	Nómina estimada por actividad.

9. Fecha de inicio operaciones

Probable duración:

Fecha de terminación operaciones:

LOCALIDADES QUE SERAN ASEGURADAS

1. Sección 2 - Localidades

Nombre del Negocio

Teléfonos:

Dirección Física

Residencial

Trabajo

Pueblo

Fax

Zona Postal

+

Estado

2. Nombre del Negocio

Teléfonos:

Dirección Física

Residencial

Trabajo

Pueblo

Fax

Zona Postal

+

Estado

3. Nombre del Negocio

Teléfonos:

Dirección Física

Residencial

Trabajo

Pueblo

Fax

- Zona Postal

+

Estado

En caso de poseer más de tres (3) localidades, utilice hoja adicional.

NOMBRE	TITULO	DIRECCION RESIDENCIAL	SUELDO	TELEFONO RESIDENCIAL

PARA USO CFSE

VIGENCIA: La póliza estará en vigor desde el _____ de _____ de _____ a las _____ y expirará el _____ de _____ de _____ sujeto a las condiciones y limitaciones consignadas en ella misma y en la Ley y Reglamentos de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

Fecha

Día Mes Año

Firma Oficial de Investigaciones y Seguro

Firma Jefe Sección Formalización de Pólizas

Sección 3 - Certificación

CERTIFICO QUE LOS DATOS OFRECIDOS SON CORRECTOS Y EXACTOS

NOMBRE Y TITULO DEL PATRONO O REPRESENTANTE

FIRMA DEL PATRONO O REPRESENTANTE