

CUESTIONARIO DE ACCIDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES DEL PROPONENTE	
Razón Social	
Rut	
Actividad o giro	
Dirección	
Interés asegurable	
Nombre contacto	
E-mail	

ANTECEDENTES DE LA EMPRESA	
Razón Social	
Rut	
Actividad o giro	
Dirección	

CORREDOR DE SEGUROS	
Nombre del Corredor	
Rut	
Código	

INFORMACION DEL RIESGO	
1) Señalar actividad(es) a asegurar, detallando los trabajos a realizar	
2) Número de trabajadores propios	
3) Número de trabajadores de contratistas y/o subcontratistas	
4) Detallar número de personas a asegurar, según las actividades que realizan, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • N° Ejecutivos • N° Administrativos • N° Mineros • N° Obreros • Otros 	
5) Señalar modalidad de contratación	Seguro nominado ____ (Adjuntar nombre, rut, fecha de nacimiento y actividad de cada trabajador) Seguro innominado ____
6) Señalar extensión de cobertura	24 horas ____ Horario laboral ____

7) Actividades realizadas por los trabajadores:			
7.1) Señalar si sus trabajadores realizan alguna de las siguientes actividades (en caso de que aplique):	SI	NO	
Trabajos como detective privado			
Repartidores en motocicletas			
Conductores de camiones de carga peligrosa			
Conductores de buses y/o locomoción colectiva			
Trabajos con Maquinaria pesada			
Trabajos como personal de barco, avión y/o similares			
Trabajos con sustancias peligrosas, equipos radioactivos, otros			
Trabajos marítimos			
Trabajos en la carga y descarga de mercaderías de una embarcación			
Trabajos en el área forestal			
Transportan caudales o sumas importantes de dinero			
Trabajos en la refinería o destilería de petróleo			
Trabajos como periodista, fotógrafo en el extranjero o corresponsal de guerra			
Viajes a zonas inexploradas (zonas no intervenidas por el hombre)			
¿Cumplen la función de trapecista, acróbatas o personal de circo?			
7.2) Señalar si sus trabajadores realizan alguna de las siguientes actividades (en caso de que aplique):	SI	NO	Si la respuesta es SI, favor detallar la actividad
Trabajos con explosivos a. ¿La empresa cuenta con licencias y autorizaciones para su manipulación? b. Frecuencia en que se utilizan c. Los trabajadores cuentan con las licencias y autorizaciones para manipular explosivos d. Indicar número de personas que manipulan explosivos			a. _____ b. _____ c. _____ d. _____
Trabajos en obras subterráneas			
Trabajos en altura			
Trabajos en alta tensión			
Manejo o porte de armas de fuego y/o armas blancas			

Viajes en vuelos no regulares			
8) Informar algún hecho o circunstancia del riesgo que no hayan sido considerados en esta declaración			
9) ¿Ha tenido siniestros en los últimos 3 años?, favor detallar: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de ocurrencia • Tipo de siniestro • Estado actual • Monto indemnizado/reclamado 		Si _____	No _____

CONDICIONES REQUERIDAS	
10) Montos y coberturas requeridas: Plan A (Muerte Accidental) Plan B (Incapacidad) Plan C (Desmembramiento) Plan D (Gastos médicos) Otro	Plan A ____ UF ____ por persona Plan B ____ UF ____ por persona Plan C ____ UF ____ por persona Plan D ____ UF ____ por persona Otro _____ por persona
11) Vigencia de la Póliza:	Desde _____ Hasta _____
12) ¿Tiene actualmente una póliza vigente para este riesgo?, ¿dónde?	
13) ¿Qué coberturas y límites asegurados tiene actualmente?	
14) Señalar si tiene algún comentario o requerimiento adicional:	

Este cuestionario deberá ser firmado y fechado por una persona legítimamente capacitada y autorizada por la empresa solicitante y formará parte integrante del contrato de seguro.

Firma Corredor

Firma Asegurado

Fecha de Solicitud: / /