

Capital Suscrito Bs. 0.03
 Capital Pagado Bs. 0.03
 RIF.: J-00148811-1

CUADRO PÓLIZA - RECIBO RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL RENOVACION

Pag 1 de 1

| DATOS GENERALES | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------|--------------------|
| Número de Póliza : | RCE - 2000865 | Vigencia Póliza Desde: | 27/01/2022 12:00 M |
| Número de Factura / Recibo : | 6247430 / 13550717 | Vigencia Recibo Desde: | 27/01/2022 12:00 M |
| Sucursal Emisora: | 010000 - OFICINA PRINCIPAL | Fecha y Hora de Emisión : | 07/01/2022 12:00 M |
| Sucursal Suscriptora : | 010000 - OFICINA PRINCIPAL | Forma de Pago : | ANUAL |
| Nombre / Razón Social del Tomador: | TRULY NOLEN DE VENEZUELA, C.A | | |
| Dirección Habitación: | AV. ARAURE, EDF. EL CAFELTAL, PISO PB, LOCAL A, URB. CHUAO, EL CAFETAL | | |
| Dirección de Oficina: | AV. ARAURE, EDF. EL CAFELTAL, PISO PB, LOCAL A, URB. CHUAO, EL CAFETAL | | |
| Estado : | MIRANDA | Ciudad : | BARUTA |
| | | Municipio : | BARUTA |

| DATOS DEL ASEGURADO | | | | |
|-------------------------------|--|--|----------------|------------|
| Nombres y Apellidos: | TRULY NOLEN DE VENEZUELA, C.A | | Cédula / RIF : | J302935679 |
| Profesión y Ocupación : | DESINFECCION Y FUMIGACION | | Teléfono : | 2129934848 |
| Dirección de Riesgo.: | AV. ARAURE, EDF. EL CAFELTAL, PISO PB, LOCAL A, URB. CHUAO, EL CAFETAL | | | |
| Indole de Riesgo Especifica : | EMPRESA DE FUMIGACION | | | |

| DETALLE DE RAMOS - COBERTURAS | | | | | | |
|--|------------------------------|----------------|-----------------|------------------------------|------------|--------|
| DESCRIPCION DE COBERTURAS CONTRATADAS | LIMITE DE RESPONSABILIDAD | % DEDUCIBLE | MONTO MINIMO | PERIODO DE VIGENCIA DESDE | HASTA | PRIMA |
| RAMO: RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL | | | | | | |
| MUERTE SEGÚN LEY | ,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SEGÚN LE | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| GASTOS MEDICOS | 5.000,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| DEFENSA PENAL | 3.000,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| PRIMA MINIMA EN DEPOSITO | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | 884,86 |
| GRAN DISCAPACIDAD | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| DISCAPACIDAD ABSOLUTA PERMANENTE SEGÚN | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| DISCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE SEGÚN | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| DISCAPACIDAD TEMPORAL | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| RESPONSABILIDAD POR POR INTENCION, NEGLIG | 3.000,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| L.M. DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO Y/O AÑO P | 35.016,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| LIMITE MAXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR TRABAJ | 11.672,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| ART. 130 DE L.O.P.C.Y.M.A.T | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| DISCAPDAD TTL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| SECUELAS O DEFORMACIONES PERMANENTES | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |

| CLAUSULAS | ANEXOS |
|-----------|------------------------|
| | COBERTURAS EMPRESARIAL |

TOTAL PRIMA A CANCELAR: (BOLIVARES): 884,86

Productor : RONALD MANUEL MENDOZA LIENDO

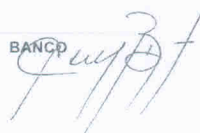
Código: 040639

FECHA DE COBRO

FIRMA DEL COBRADOR

Nro. DE CHEQUE

BANCO



FIRMA Y SELLO DEL ASEGURADO / TOMADOR

POR SEGUROS UNIVERSITAS ,C.A.

Para que este Cuadro Póliza Recibo tenga validez debe de ser previamente cancelado y debe estar firmado por un representante de Seguros Universitاس C.A.
 Cuadro Poliza Recibo Aprobado por la Superintendencia de la actividad Aseguradora segun Oficio No.0004146 de Fecha , 06 de Mayo de 2008

SEGUROS UNIVERSITAS ,C.A. Inscrita en la Superintendencia de Seguros Bajo el N° 83

AV. TAMANACO, CENTRO EMPRESARIAL EL ROSAL, PISO 9 Y 10, URB. EL ROSAL, CHACAO, CARACAS, Caracas, Venezuela. Telefono Master: 02126555100 Fax:02129017506 . Atencion Telefonica: 0500-(466.77.00)

ORIGINAL

Usuario: MIGARCIA

Capital Suscrito Bs. 0.03
 Capital Pagado Bs. 0.03
 RIF.: J-00148811-1

CUADRO PÓLIZA - RECIBO RESPONSABILIDAD PATRONAL RENOVACION

Pag 1 de 1

DATOS GENERALES

| | | | | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------|--------------------|---------------|--------------------|-------------|
| Número de Póliza : | PATR - 2001053 | Vigencia Póliza Desde: | 27/01/2022 12:00 M | Hasta: | 27/01/2023 12:00 M | |
| Número de Factura / Recibo : | 6268105 / 13571725 | Vigencia Recibo Desde: | 27/01/2022 12:00 M | Hasta: | 27/01/2023 12:00 M | |
| Sucursal Emisora: | 010000 - OFICINA PRINCIPAL | Fecha y Hora de Emisión : | 27/01/2022 12:00 M | Certificado : | 1 | |
| Sucursal Suscriptora : | 010000 - OFICINA PRINCIPAL | Forma de Pago : | ANUAL | Moneda : | BOLIVARES | |
| Nombre / Razón Social del Tomador: | TRULY NOLEN DE VENEZUELA, C.A | | | | Cédula / RIF : | J302935679 |
| Dirección Habitación: | AV. ARAURE, EDF. EL CAFELTAL, PISO PB, LOCAL A, URB. CHUAO, EL CAFETAL | | | | Teléfono : | 02129934848 |
| Dirección de Oficina: | AV. ARAURE, EDF. EL CAFELTAL, PISO PB, LOCAL A, URB. CHUAO, EL CAFETAL | | | | | |
| Estado : | MIRANDA | Ciudad : | BARUTA | Municipio : | BARUTA | |

DATOS DEL ASEGURADO

| | | | |
|-------------------------------|--|----------------|------------|
| Nombres y Apellidos: | TRULY NOLEN DE VENEZUELA, C.A | Cédula / RIF : | J302935679 |
| Profesión y Ocupación : | DESINFECCION Y FUMIGACION | Teléfono : | 2129934848 |
| Dirección de Riesgo.: | AV. ARAURE, EDF. EL CAFELTAL, PISO PB, LOCAL A, URB. CHUAO, EL CAFETAL | | |
| Indole de Riesgo Especifica : | | | |

DETALLE DE RAMOS - COBERTURAS

| DESCRIPCION DE COBERTURAS CONTRATADAS | LIMITE DE RESPONSABILIDAD | % DEDUCIBLE | MONTO MINIMO | PERIODO DE VIGENCIA DESDE | HASTA | PRIMA |
|---------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------|---------------------------|------------|--------|
| RAMO: RESPONSABILIDAD PATRONAL | | | | | | |
| MUERTE | 22.518,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| INCAPACIDAD ABSOLUTA Y PERMANENTE | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| INCAPACIDAD ABSOLUTA Y TEMPORAL | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| INCAPACIDAD PARCIAL Y TEMPORAL | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| LIMITE POR DOS O MAS TRABAJADORES | 22.518,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| COBERTURA DE HERNIA | 1.000,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| PRIMA MINIMA DEPOSITO | ,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | 824,61 |
| COBERTURA BASICA SEGUN LOTT | ,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| LIMITE POR TRABAJADOR | 7.506,00 | | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |
| GASTOS MEDICOS Y FARMACEUTICOS | 2.000,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | ,00 |

CLAUSULAS
ANEXOS

TITULO VIII (COBERTURAS)

TOTAL PRIMA A CANCELAR: (BOLIVARES):
824,61
Productor : RONALD MANUEL MENDOZA LIENDO

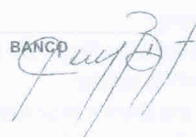
Código: 040639

FECHA DE COBRO

FIRMA DEL COBRADOR

Nro. DE CHEQUE

BANCO


FIRMA Y SELLO DEL ASEGURADO / TOMADOR
POR SEGUROS UNIVERSITAS, C.A.

Para que este Cuadro Póliza Recibo tenga validez debe de ser previamente cancelado y debe estar firmado por un representante de Seguros Universitas C.A.

Cuadro Poliza Recibo Aprobado por la Superintendencia de la actividad Aseguradora según Oficio No.0004146 de Fecha, 06 de Mayo de 2006

SEGUROS UNIVERSITAS, C.A. Inscrita en la Superintendencia de Seguros Bajo el N° 83

AV. TAMANACO, CENTRO EMPRESARIAL EL ROSAL, PISO 9 Y 10, URB. EL ROSAL, CHACAO, CARACAS, Caracas, Venezuela. Telefono Master: 02126555100 Fax:02129017506 . Atencion Telefonica: 0500-(466.77.00)

ORIGINAL

Usuario: LARISTE

Capital Suscrito Bs. 0.03
Capital Pagado Bs. 0.03
RIF.: J-00148811-1

**CUADRO PÓLIZA - RECIBO
RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL
RENOVACION**

Pag 1 de 1

DATOS GENERALES

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| Número de Póliza : | RCG - 2004902 | Vigencia Póliza Desde: | 27/01/2022 12:00 M | Hasta: | 27/01/2023 12:00 M |
| Número de Factura / Recibo : | 6249095 / 13552264 | Vigencia Recibo Desde: | 27/01/2022 12:00 M | Hasta: | 27/01/2023 12:00 M |
| Sucursal Emisora: | 010000 - OFICINA PRINCIPAL | Fecha y Hora de Emisión : | 18/01/2022 12:00 M | Certificado : | 1 |
| Sucursal Suscriptora : | 010000 - OFICINA PRINCIPAL | Forma de Pago : | ANUAL | Moneda : | BOLIVARES |
| Nombre / Razón Social del Tomador: | TRULY NOLEN DE VENEZUELA, C.A. | | | Cédula / RIF : | J302935679 |
| Dirección Habitación: | AV. ARAURE, EDF. EL CAFELTAL, PISO PB, LOCAL A, URB. CHUAO, EL CAFETAL | | | Teléfono : | 02129934848 |
| Dirección de Oficina: | AV. ARAURE, EDF. EL CAFELTAL, PISO PB, LOCAL A, URB. CHUAO, EL CAFETAL | | | | |
| Estado : | MIRANDA | Ciudad : | BARUTA | Municipio : | BARUTA |

DATOS DEL ASEGURADO

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------|------------|
| Nombres y Apellidos: | TRULY NOLEN DE VENEZUELA, C.A. | Cédula / RIF : | J302935679 |
| Profesión y Ocupación : | DESINFECCION Y FUMIGACION | Teléfono : | 2129934848 |
| Dirección de Riesgo: | AV. ARAURE, EDF. EL CAFELTAL, PISO PB, LOCAL A, URB. CHUAO, EL CAFETAL | | |
| Indole de Riesgo Especifica : | EMPRESA DE FUMIGACION | | |

DETALLE DE RAMOS - COBERTURAS

| DESCRIPCION DE COBERTURAS CONTRATADAS | LIMITE DE | | MONTO | PERIODO DE VIGENCIA | | PRIMA |
|---|-----------------|-------------|-------|---------------------|------------|--------|
| | RESPONSABILIDAD | % DEDUCIBLE | | DESDE | HASTA | |
| RAMO:RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL | | | | | | |
| R.C. PREDIOS Y OPERACIONES | 50.000,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | 250,00 |
| R.C. POR CONTAMINACION AMBIENTAL ACCIDENT | 50.000,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | 500,00 |
| R.C. CONTRACTUAL | 50.000,00 | 0 | 0.00 | 27/01/2022 | 27/01/2023 | 50,00 |

CLAUSULAS

ANEXOS

RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL
R.C CONTAMINACION AMBIENTAL

TOTAL PRIMA A CANCELAR: (BOLIVARES) :

800,00

Productor : RONALD MANUEL MENDOZA LIENDO

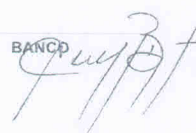
Código: 040639

FECHA DE COBRO

FIRMA DEL COBRADOR

Nro. DE CHEQUE

BANCO



FIRMA Y SELLO DEL ASEGURADO / TOMADOR

POR SEGUROS UNIVERSITAS ,C.A.

Para que este Cuadro Póliza Recibo tenga validez debe de ser previamente cancelado y debe estar firmado por un representante de Seguros Universitas C.A.
Cuadro Poliza Recibo Aprobado por la Superintendencia de la actividad Aseguradora según Oficio No.0004146 de Fecha , 06 de Mayo de 2008

SEGUROS UNIVERSITAS ,C.A. Inscrita en la Superintendencia de Seguros Bajo el N° 83

AV. TAMANACO, CENTRO EMPRESARIAL EL ROSAL, PISO 9 Y 10, URB. EL ROSAL, CHACAO, CARACAS, Caracas, Venezuela. Telefono Master: 02126555100 Fax:02129017506 . Atencion Telefonica: 0500-(466.77.00)

ORIGINAL

Usuario: LARISTE