

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL SOLICITUD – CUESTIONARIO PARA EMPRESAS DE CONSTRUCCIÓN

Por este medio se solicita a **SEGUROS AMERICA** emitir Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil, cuyos datos son los siguientes:
(LLENAR INCISO (A) SI ES PERSONA NATURAL/ LLENAR INCISO (B) SI ES PERSONA JURÍDICA)

(A) PERSONAS NATURALES			
Nombres y Apellidos del ASEGURADO :		Apellidos de Casada:	
No. Cedula de Identidad:	Sexo:	Estado Civil:	
No. de Pasaporte si es Extranjero:	No. de Registro de Pasaporte:		
No. de Cedula de Residencia:	No. de Registro de Cedula de Residencia:		
Documento CA-4 (Para centroamericanos):	Carne Diplomático:		
E-Mail:	Teléfono Domicilio:	Fax:	Celular:
Dirección de Residencia:			
Departamento:	Municipio:	Distrito:	
Profesión u Oficio:	Nombre del centro de trabajo:		
Dirección del Centro de Trabajo:		Cargo que desempeña:	
Teléfono Centro de Trabajo:		No. de Fax:	
E-Mail:		No. de Cédula de Identidad del Pagador:	
SI LOS DATOS DEL ASEGURADO Y EL PAGADOR SON LOS MISMOS, FAVOR MARCAR CON UNA "X" ESTE RECUADRO		SI SON DISTINTOS, FAVOR LLENAR LO SIGUIENTE:	
La prima será pagada por: <i>(EL PAGADOR NO PODRÁ SER FIGURA MANCOMUNADA)</i>		<input type="checkbox"/>	
Dirección de Cobro:			
(B) PERSONA JURÍDICA			
Nombre de la EMPRESA ASEGURADA :		Registro Único del Contribuyente (RUC):	
Dirección de la Empresa:		Actividad Económica Principal:	
Teléfono:	Fax:	Apdo. Postal:	E-Mail:
Departamento:	Municipio:	Distrito:	
Nombre del Representante Legal:		No. de Cédula del Representante Legal:	
No. de Pasaporte: si es Extranjero:		No. de Registro de Pasaporte:	
No. de Cedula de Residencia:		No. de Registro de Cedula de Residencia:	

Documento CA-4 (Para centroamericanos):	Carne Diplomático:
---	--------------------

La Prima Total de esta Póliza será pagada por:

(EL PAGADOR NO PODRÁ SER FIGURA MANCOMUNADA)

Dirección de Cobro:

Vigencia de la Póliza – Desde:	Hasta:	Moneda:
--------------------------------	--------	---------

(C) EXPERIENCIA EN LA ACTIVIDAD DE LA CONSTRUCCIÓN

1.	Ramos de construcción en los que ha trabajado durante los últimos cinco (5) años:	SI	NO
	Reparaciones que afecten elementos estructurales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apuntalamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Demoliciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obras con empleo de explosivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pilotajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Excavación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Techados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros (favor describir):		
2.	¿Estima que en el futuro realizará obras distintas a las que ha efectuado últimamente? señale cuales:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.	Si emplea Subcontratistas, señale quienes son, que tipo de trabajo subcontrata y cuáles son sus criterios de selección:		
	¿Desea incluir la Responsabilidad Civil del (los) Subcontratista(s)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si la respuesta es afirmativa, favor proporcionar por cada Subcontratista la información a que se refiere esta Solicitud – Cuestionario.		
4.	¿Participa o ha participado en consorcio de construcción? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
5.	a. Volumen anual de obras (valor de los contratos) durante el año anterior:		
	b. Volumen anual de obras (valor de los contratos) estimado para el año en curso:		

(D) DATOS DE LA OBRA OBJETO DEL SEGURO

6.	Descripción del tipo de obra y/o trabajos a ejecutar; (Favor adjuntar copia del Contrato de Construcción)
7.	Localización de la obra y/o trabajos a ejecutar:

8.	Colindancia	Giro, Actividad u Ocupación	Distancia (m)
	NORTE		
	SUR		
	ESTE		
	OESTE		
9.	Mencione los Sistemas de Prevención para evitar accidentes o daños en el sitio de ejecución de la obra y/o trabajos:		
10.	Período de ejecución de la obra y/o trabajos:		
11.	Valor Estimado de la Obra:		
12.	Dueño y/o Beneficiario de la Obra:		
13.	Indique el carácter con el que interviene en la Obra:	SI	NO
	➤ Contratista Principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Subcontratista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Participante en consorcio de construcción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Otros, favor indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	La maquinaria de construcción a utilizar en la ejecución de la obra es:		
	➤ Propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Arrendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Con Operador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Tiene o cuenta con suficiente experiencia en el tipo de obra que va a ejecutar?		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Hay bienes existentes y/o elementos estructurales en el sitio de ejecución de la obra y/o trabajos?		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SINIESTROS OCURRIDOS EN LOS ULTIMOS CINCO (5) AÑOS

Fecha de la Pérdida	Causa del Siniestro	Cobertura Afectada	Monto de la Pérdida

LIMITES DE RESPONSABILIDAD

Coberturas	Sumas Aseguradas Requeridas
a) Responsabilidad por Muerte o Lesiones Corporales	
a.1). Muerte o lesiones a una persona	
a.2). Muerte o lesiones a dos o mas personas	
b) Responsabilidad por Daños a la propiedad ajena	
c) Límite único combinado:	

En caso de surgir controversias futuras con relación al contrato solicitado, ¿acepta someterse a un proceso de arbitraje institucional, conforme a la ley 504 ley de mediación y arbitraje? **SI** **NO**

El suscrito conviene en que esta solicitud se considere como una propuesta en firme, para amparar la(s) cobertura(s) de Responsabilidad Civil solicitada(s), la que, en caso de ser aprobada por Seguros América, servirá de base para la

emisión de la Póliza respectiva de acuerdo con las Condiciones Generales en vigor de la Póliza de Seguro sobre Responsabilidad Civil.

Declaraciones del Solicitante: El solicitante declara y afirma que todos los datos relativos a su nombre y domicilio, actividad o giro de la empresa y demás información suministrada en esta Solicitud - Cuestionario, son exactas, completas, verdaderas y acepto que cualquier inexactitud, ocultamiento u omisión en las mismas, eximirá a **SEGUROS AMERICA** de toda obligación a indemnizar los beneficios que corresponderían de ser aceptada la presente Solicitud de Responsabilidad Civil.

Afirmaciones del Intermediario: El suscrito intermediario declara y afirma que ha verificado todos los datos relativos a la actividad que se pretende asegurar, que los encontró en perfecto orden y que todo lo asentado en esta solicitud concuerda con la realidad, por lo que recomienda se acepte la presente propuesta, la cual firmo el solicitante en su presencia.

NOTA IMPORTANTE: Este documento solo constituye una solicitud de seguro, y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros América, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

En algunos casos la COMPAÑÍA puede requerir copia de planos e información adicional, para evaluación del riesgo.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

CORREDURÍA Y/O AGENCIA