

## SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL SOLICITUD – CUESTIONARIO PARA HOTELERÍA

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)

<b>I. PERSONAS NATURALES</b>			
Nombres y Apellidos del <b>ASEGURADO</b> :		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:		
Cargo que desempeña:			
Dirección del Centro de Trabajo:		No. de Fax:	
Teléfono Centro de Trabajo:		E-Mail:	
<b>SI LOS DATOS DEL ASEGURADO Y EL PAGADOR SON LOS MISMOS, FAVOR MARCAR CON UNA "X" ESTE RECUADRO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>SI SON DISTINTOS, FAVOR LLENAR LO SIGUIENTE:</b>	
La prima será pagada por:		No. de Cédula de Identidad del Pagador:	
<i>(EL PAGADOR NO PODRÍA SER FIGURA MANCOMUNADA)</i>			
Dirección de Cobro:			
<b>II. PERSONA JURÍDICA</b>			
Nombre de la <b>EMPRESA ASEGURADA</b> :		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:	
<b>La Prima Total de esta Póliza será pagada por:</b>			
<i>(EL PAGADOR NO PODRÍA SER FIGURA MANCOMUNADA)</i>			
<b>Dirección de Cobro:</b>			
Vigencia de la Póliza – Desde:		Hasta:	Moneda:
<b>III. CARACTERÍSTICAS DEL HOTEL</b>			
<b>1. CATEGORÍA DEL HOTEL:</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
	➤ De una Estrella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ De dos estrellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ De tres estrellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ De cuatro estrellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ De cinco estrellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Gran turismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. NÚMERO DE HABITACIONES DISPUESTAS PARA CLIENTES:</b>			
	➤ Normales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Suites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Bungalows (Casas Cabañas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. INDIQUE LOS SERVICIOS ADICIONALES QUE PRESTA:</b>			
	➤ Restaurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Bares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Cafeterías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Servicios de Banquetes a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Centros Nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Instalaciones deportivas o de recreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Baños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Albercas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Sala de Conferencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Sala de Convenciones o Actos Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Comercios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Guarda Ropas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Lavanderías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	➤ Servicios de Cajas de Seguridad o depósitos de valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si algunos de los servicios son concesionados, favor mencionar:		
<b>4. EN CASO DE CONTAR CON ESTACIONAMIENTO, FAVOR INDICAR:</b>			
	➤ Está perfectamente cerrado y/o bardeado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Existe control de entradas y salidas</li> <li>➤ Exclusivo para huéspedes</li> <li>➤ Cuenta con sistemas de seguridad</li> <li>➤ Cuenta con acomodadores</li> <li>➤ Los acomodadores tienen licencia</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Números de cajones y/o espacios disponibles para automóviles: _____		
<b>5.</b>	Favor indicar cuál de los servicios adicionales concesionados antes mencionados desea que sean incluidos en el seguro:		
<b>6.</b>	Número de empleados de tiempo completo y de medio tiempo que trabajan en el Hotel:		
<b>7.</b>	Localización / Ubicación del Hotel:		
<b>8.</b>	<b>Si ocupa inmueble(s) arrendado(s), favor indicar:</b>		
	Localización / Ubicación:		
	Uso:		
	Ventas y/o Ingresos Reales Año en curso (período _____ / _____): _____		
	Ventas y/o Ingresos Proyectadas (período _____ / _____): _____		

<b>IV. COLINDANCIAS DEL LOCAL</b>		
Colindancia	Giro, Actividad u Ocupación	Distancia (m)
NORTE		
SUR		
ESTE		
OESTE		

**Letreros y semejantes:**

Colocados en la Pared: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_      Suspendidos: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

<b>V. SINIESTROS OCURRIDOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS</b>			
Fecha de la Pérdida	Causa del Siniestro	Cobertura Afectada	Monto de la Pérdida

<b>VI. LIMITES DE RESPONSABILIDAD</b>	
Coberturas	Sumas Aseguradas Requeridas
<b>a)</b> Responsabilidad por Muerte o Lesiones Corporales	
a.1). Muerte o lesiones a una persona	

a.2). Muerte o lesiones a dos o más personas	
b) Responsabilidad por Daños a la propiedad ajena	
c) Límite único combinado	

**Favor Indicar forma de Pago:**

**Contado**  Prima Inicial y 1 cuota  Prima Inicial y 2 cuotas  Prima Inicial y 3 cuotas

En caso de surgir controversias futuras en 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.

\_\_\_\_\_  
**LUGAR Y FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**CORREDURÍA Y/O AGENCIA**