

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

SOLICITUD – CUESTIONARIO PARA PREDIOS Y OPERACIONES

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)

I. 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:		
	Cargo que desempeña:		
Dirección del Centro de Trabajo:	No. de Fax:		
Teléfono Centro de Trabajo:	E-Mail:		
SI LOS DATOS DEL ASEGURADO Y EL PAGADOR SON LOS MISMOS, FAVOR MARCAR CON UNA "X" ESTE RECUADRO	<input type="checkbox"/>	SI SON DISTINTOS, FAVOR LLENAR LO SIGUIENTE:	
La prima será pagada por:	No. de Cédula de Identidad del Pagador:		
<i>(EL PAGADOR NO PODRÁ SER FIGURA MANCOMUNADA)</i>			
Dirección de Cobro:			
II. 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:

III. DATOS DEL RIESGO A ASEGURAR

Giro, actividad u ocupación a la que destinan el (los) Inmueble(s):

Si ocupa inmueble(s) arrendado(s), favor indicar:

Localización / Ubicación:

Uso:

Ventas y/o Ingresos Reales Año en Curso (período _____ / _____): _____

Ventas y/o Ingresos Proyectados (período _____ / _____): _____

Número de Empleados:

Oficinista:

Obreros:

Vendedores:

Número de Ascensores:

De hasta seis personas:

De hasta más de seis personas:

Número de Montacargas:

Número de Calderas:

Número de Pisos del Edificio:

Área Construida:

Área del Terreno:

Edificios con Locales de Comercio:

Metros lineales frente a la calle:

Edificios sin Locales de Comercio:

Metros lineales frente a la calle:

Favor Indicar el número de locales y/o Predios:

Local y/o predio principal está situado en:

Demás locales y/o predios están situados en:

¿Son cerrados y bardeados los locales y/o predios? Si No

Es controlado el acceso a los locales y/o predios? Si No

IV. COLINDANCIAS DEL LOCAL PRINCIPAL

Colindancia	Giro, Actividad u Ocupación	Distancia (m)
NORTE		
SUR		
ESTE		
OESTE		

Letreros y Semejantes:

Colocados en la Pared: _____ Número: _____ M²: _____ Suspendidos: _____ Número: _____ M²: _____

V. SINIESTROS OCURRIDOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS

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

VI. 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 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