FORMULARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

NOTA IMPORTANTE: Las respuestas del Solicitante deben ser claras, completas y conformes a la verdad. No se considerarán como contestaciones rayas u otros signos que no sean palabras. Las preguntas que no sean pertinentes deberán ser contestadas con la palabra " no aplica"

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre(s) completo(s) del Asegurado (y empresas afiliadas):

NIT: CCF

Dirección Postal

Teléfono(s): E-Mail:

Fax: Página Web

Dirección Legal:.

Ubicación del Riesgo a ser asegurado:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

1. Descripción del negocio:

2. Descripción de la actividad realizada:

3. Fecha de Fundación:

4. Si es empresa nueva, dar detalles de la experiencia profesional:

5. Número de Empleados:

6. Facturación Anual Global:

7. Si realizan exportaciones, favor desglosar aproximado de las exportaciones por zonas geográficas:
Favor Dar Detalles:

8. ¿Revisan ustedes los arreglos de seguros de sus subcontratistas? ◯ **SI / NO** ◯

9. ¿Usted o sus empleados manejan o están en contacto con polvo industrial de peligrosidad reconocida (asbesto, sílice, algodón), materiales radiactivos, o cualquier otra sustancia nociva para la salud? ◯ **SI / NO** ◯

10. ¿Puede ser causa de sordera su actividad? ◯ **SI / NO** ◯

Si contestó "SI" a las preguntas 9 y 10, favor indicar con detalles las Medidas de seguridad y cuanto tiempo llevan expuestos a los Peligros arriba mencionados:
Favor Dar Detalles:

PREGUNTAS GENERALES

Es imprescindible contestar todas las siguientes preguntas:

1. Experiencia de siniestralidad (mínimo 5 últimos años), detallando fecha, causa, e importe del siniestro (sin deducir franquicias)
Favor Dar Detalles:

2. Especificar siniestros pagados, en trámite y reclamaciones recibidas aún cuando no hubieran dado lugar al pago de indemnización.
Favor Dar Detalles:

3. ¿Tiene algún reclamo o demanda hecha contra la empresa o los ejecutivos que se encuentra actualmente en curso? ◯ **SI / NO** ◯
Favor Dar Detalles:

4. ¿Alguna vez la empresa o alguno de sus directores o socios fue objeto de alguna demanda que no fuera por infracción automovilística? ◯ **SI / NO** ◯
Favor Dar Detalles:

5. ¿Alguna Aseguradora declinó asegurarlo o renovar cualquiera de sus seguros?

Si contestó "SI" a cualquiera de las preguntas anteriores, **Favor Dar Detalles** completos (inclusive los nombres de las Aseguradoras en el caso de la pregunta 5).

Presentar la información en hoja adjunta, en caso que el espacio sea insuficiente.

6. ¿Qué tipo de seguro requiere?

a)	Responsabilidad Extracontractual	◯ **SI / NO** ◯
b)	Responsabilidad Civil Patronal	◯ **SI / NO** ◯
c)	Responsabilidad de Productos	◯ **SI / NO** ◯
d)	Responsabilidad de Ascensores	◯ **SI / NO** ◯
e)	Responsabilidad Civil Talleres y Estacionamiento	◯ **SI / NO** ◯
f)	Responsabilidad para Contratistas Independientes	◯ **SI / NO** ◯
g)	Responsabilidad de Contractual	◯ **SI / NO** ◯
h)	Responsabilidad Civil Cruzada	◯ **SI / NO** ◯
i)	Responsabilidad Transportador de Carga	◯ **SI / NO** ◯
j)	Responsabilidad para Contratistas de Obra	◯ **SI / NO** ◯
k)	Responsabilidad de Empresas de Transporte	◯ **SI / NO** ●
l)	Responsabilidad Civil para Gasolineras	◯ **SI / NO** ◯
m)	Responsabilidad por Transporte de Explosivos	◯ **SI / NO** ◯

¿Desea asegurar algún riesgo en especial no detallado arriba? ◯ **SI / NO** ◯

Favor dar detalles:

Límite(s) anuales requeridos de indemnización:

Periodo requerido del seguro:

Observaciones:

RESPONSABILIDAD CIVIL DE PRODUCTOS

Si requiere esta cobertura, favor dar la siguiente información:

1. **Detalle de los Productos:**

2. **Uso:**

3. **Origen y Destino:**

4. **Ventas Brutas Anuales:**

Corredor/Agente:

Lugar y Fecha :

Favor de firmar el presente formulario y anexar al mismo la información que a continuación de detalla:

- Estados financieros recientes
- Estimado de ingresos para el año 2025.
- Catálogo de productos

….. .....

Firma del Solicitante **Sello**