

**LATINA SEGUROS C.A.  
SEGURO DE TODO RIESGO MONTAJE  
SOLICITUD DE SEGURO**

**SOLICITANTE**

Nombre	:			
C.I. / RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:	Provincia	:	
Teléfono	:	Celular	:	
Email	:			
APS	:			

- Nombre del proyecto de montaje (Si el proyecto consiste de varias secciones, indicar la(s) sección(es) a asegurar )

---



---



---

- Lugar de la obra (indicando Cantón y Provincia)

---



---



---

- Nombre y dirección del propietario de la obra

---



---

- Nombre y dirección del (de los) contratista (s) de la obra

---



---

- Nombre y dirección del (de los) subcontratista (s) de la obra

---



---

6. Nombre y dirección del Fabricante de las unidades principales

---

---

7. Nombre y dirección de la Firma Supervisora de la obra

---

---

8. Nombre y dirección del Ingeniero Consultor de la obra

---

---

9. Descripción exacta del objeto a montar (indicar si se trata de unidades usadas). En caso de maquinaria: nombre del fabricante, número, tipo, tamaño, capacidad, peso, presión, temperatura, revoluciones, año de fabricación de unidades mayores. En caso de instalaciones completas: diseño general de la planta, tipo de trabajo de ingeniería civil (si lo hubiera)

---

---

---

---

10. Experiencia del contratista en obras similares o en este método de montaje

SI  NO

---

---

11. Vigencia del seguro

Comienzo del seguro \_\_\_\_\_

Duración de pre- almacenaje \_\_\_\_\_

Comienzo de los trabajos de montaje \_\_\_\_\_

Periodo de montaje \_\_\_\_\_ meses

Periodo de prueba \_\_\_\_\_ meses

Periodo de mantenimiento \_\_\_\_\_ meses

Tipo de cobertura requerida Simple  Amplia

Terminación del seguro \_\_\_\_\_

12. ¿Los planos, diseños y materiales de éste tipo usados en este proyecto han sido utilizados y/o ensayados en:

a. Construcciones previas? SI  NO

b. Construcciones previas del (de los) contratista(s)? SI  NO

En caso dado, favor indicar datos sobre proyectos semejantes anteriores del (de los) contratistas

---

---

---

13. ¿Es ésta una ampliación de la instalación ya existente? SI  NO

En caso dado, durante el período de montaje: ¿continuará en operación la planta existente? (incluir planos) SI

NO

14. ¿Están terminados completamente los edificios y las obras de ingeniería civil? SI  NO

15. Trabajo a ejecutar por el(los) subcontratista(s)

---

---

---

16. Existe algún riesgo agravado de :

Incendio, explosión SI  NO

Avenida, inundación SI  NO

- Derrumbes, tempestad, ciclón SI  NO
- Voladuras SI  NO
- Vulcanismos, maremoto SI  NO
- ¿Se han registrado terremotos en dicha zona? SI  NO
- En caso afirmativo, indicar Intensidad (Mercalli):
- ¿Se han tomado en cuenta en el diseño de la obra a asegurar normas antisísmicas vigentes? SI  NO
- Otros (especificar):

17. Subsuelo

Roca <input type="checkbox"/>	Grava <input type="checkbox"/>	Arena <input type="checkbox"/>	Arcilla <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Otro: \_\_\_\_\_

¿Existen fallas geológicas en la zona cercana? SI  NO

18. Nivel freático \_\_\_\_\_ m nivel bajo terreno

19. Río, lago, mar, etc. más próximo

Nombre

\_\_\_\_\_

Distancia

\_\_\_\_\_

Nivel de agua: mínimo, medio y máximo registrado hasta ahora, especificar fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Datos meteorológicos

Temporada de lluvia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Precipitaciones máximas (mm) por \_\_\_\_\_ hora \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_

Riesgos de tempestad bajo  moderado  alto

21. Estimar, de ser posible, la pérdida máxima probable expresada en porcentaje de la suma asegurada de un solo evento:

a) por terremoto \_\_\_\_\_

b) por incendio \_\_\_\_\_

c) por otra causa (especificar) \_\_\_\_\_

22. ¿Se requiere cobertura de equipo de construcción/montaje (andamios, cobertizos, herramientas, etc.)? SI  NO

Describir brevemente y fijar su valor bajo el numeral 28.3

23. ¿Se requiere cobertura de maquinaria de construcción/montaje (excavadoras, grúas, etc.)? SI  NO

\* Agregar lista de máquinas mayores, indicando valor de reposición a nuevo así como el valor total bajo el numeral 28.4

24. ¿Existen edificaciones y/o estructuras en o adyacentes a la obra, propiedad o mantenidas bajo cuidado, control y custodia del propietario y/o contratista, que deban ser aseguradas contra cualquier daño como consecuencia directa o indirecta de los trabajos de construcción? SI  NO

De ser así, favor describir exactamente estas edificaciones / estructuras

---

---

---

---

25. ¿Se desea incluir la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual? SI  NO

Especificar límite de indemnización \_\_\_\_\_

Detalles de edificaciones existentes o propiedades vecinas que puedan ser afectadas por el trabajo contratado, por ejemplo excavaciones, recalces, pilotajes, vibraciones, descenso del nivel freático Se desea incluir la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual por separado

---

---

---

26. ¿Ha suscrito una póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual por separado?  
 SI  NO

Especificar límite de indemnización \_\_\_\_\_

27. ¿Se desea incluir gastos adicionales por horas extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivos?  
 SI  NO

Especificar límite de indemnización \_\_\_\_\_

28. Indicar aquí las sumas que han de ser aseguradas y los límites de indemnización requeridos

Bienes Asegurados		Sumas Aseguradas
1. Objeto de montaje, clasificar como sigue:	USD	
a. Bienes a montar	USD	
b. Fletes	USD	
c. Derechos aduaneros e impuestos	USD	
d. Costos de montaje	USD	
2. Trabajos de ingeniería civil	USD	
3. Herramientas de construcción / montaje en el lugar de la obra	USD	
4. Equipo y maquinaria de construcción según relación anexa	USD	
5. Costos de remoción de escombros	USD	
Suma Asegurada	USD	

Responsabilidad Civil		Sumas Aseguradas
1. Daños a terceros en sus personas	USD	
a. Para una persona	USD	
b. Para varias personas	USD	
2. Daños a terceros en sus bienes	USD	
Suma Asegurada	USD	

29. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?,  
 SI  NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

---

---

---

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar la información de este formulario. Declaro bajo juramento que los fondos para el pago de primas, gastos e impuestos en razón o consecuencia de la emisión de pólizas contratadas con LATINA SEGUROS C.A. tienen origen lícito. Eximo (mimos) a LATINA SEGUROS C.A. de toda responsabilidad, inclusive frente a terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Lugar y Fecha:

---

Firma del Solicitante

El Asegurado, podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 40989, el 4 de Febrero de 2016.