

**COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.
SEGURO DE MONTAJE DE MAQUINARIA**

SOLICITUD DE SEGURO

SOLICITANTE

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

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

2. Lugar de la obra

3. Nombre y dirección del propietario de la obra

4. Nombre y dirección del contratista de la obra

5. Nombre y dirección del subcontratista de la obra

6. Nombre y dirección del Fabricante de las unidades principales

7. Nombre y dirección del Ingeniero Consultor de la obra

8. 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)

9. Experiencia del contratista en obras similares o en este método de montaje
SI NO

10. Vigencia del seguro

Comienzo del seguro _____

Duración de pre- almacenaje _____

Comienzo de los trabajos de montaje _____

Período de montaje _____ meses

Período de prueba _____ meses

Período de mantenimiento _____ meses

Tipo de cobertura requerida Simple Amplia

Terminación del seguro _____

11. ¿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

12. ¿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

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

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

15. 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):

16. 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

17. Nivel freático _____ m nivel bajo terreno

18. Río, lago, mar, etc. más próximo

Nombre

Distancia

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

19. Datos meteorológicos

Temporada de lluvia desde _____ hasta _____

Precipitaciones máximas (mm) por _____ hora _____ día _____ mes _____

Riesgos de tempestad bajo moderado alto

20. 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) _____

21. ¿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

22. ¿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

23. ¿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

24. ¿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

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

Especificar límite de indemnización _____

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

Especificar límite de indemnización _____

27. 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 | |

28. ¿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 COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.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 COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. tienen origen lícito. Eximo (mimos) a COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. de toda responsabilidad, inclusive frente a terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Lugar, fecha y firma:

Firma del Solicitante

El Asegurado podrá 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 a la presente solicitud el número SCVS-13-15-SF-36-342004424, el 23 de Septiembre de 2024.