EDIFICIO INVERCASA, 1er PISO, MANAGUA, NICARAGUA
APDO. POSTAL C-268. T: (505) 2276-8890. F: (505) 2278-6358
ASISTENCIA 24 HORAS TEL: 2277-2585, www.mapfre.com.ni
RUC: 091296-9541

MAPFRE | NICARAGUA

RG-S-SCSRCC-01

SOLICITUD CUESTIONARIO PARA SEGURO SOBRE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EMPRESAS DE CONSTRUCCION

Por este medio se solicita a MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, emitir Póliza de Seguro sobre Responsabilidad Civil, Cuyos datos son los siguientes:

(NOTA: Llenar (A) si es PERSONA NATURAL o (B) si es PERSONA JURIDICA)

PERSONA NATURAL

(A) Nombre del ASEGURADO:		
Cédula N°: (° DE PASAPORTE SI ES EXTRAJERO)	Teléfono:	Fax:
E-Mail:	Domicilio:	
Dirección de Cobro:		

PERSO_A JURIDICA

(B) Nombre de la EMPRESA ASEGURADA:		N° de RUC de la Empresa:
Dirección de la Empresa:		
Teléfono:	Fax:	E-Mail:
Nombre del Representante Legal:		N° de Cédula del Representante Legal:
Dirección de Cobro:		
Vigencia de la Póliza – Desde:	Hasta:	Moneda:

EXPERIENCIA EN LA ACTIVIDAD DE LA CONTRUCCIÓN

1.	Ramos de construcción en los que ha trabajado durante los últimos cinco (5) años:
	Conteste SI NO – Reparaciones que afecten elementos estructurales – Apuntalamientos – Demoliciones – Obras con empleo de explosivos – Pilotajes – Cimentación – Excavación – Techados – Otros (favor describir): _____ _____

2.	¿Estima que en el futuro realizará obras distintas a las que ha efectuado últimamente? Sí No - señale cuales:
3.	Si emplea Subcontratistas, señale quienes son, que tipo de trabajo subcontrata y cuales son sus criterios de selección:
	¿Desea incluir la Responsabilidad Civil del (los) Subcontratista(s)? Sí No - Si la respuesta es afirmativa, favor proporcionar por cada Subcontratista la información a que se refiere esta Solicitud – Cuestionario.
4.	¿Participa o ha participado en consorcio de construcción? Sí No
5.	a. Volumen anual de obras (valor de los contratos) durante el año anterior:
	b. Volumen anual de obras (valor de los contratos) estimado para el año en curso:

DATOS DE LA OBRA OBJETO DEL SEGURO

6.	Descripción del tipo de obra y/o trabajos a ejecutar; (Favor adjuntar copia del Contrato de Construcción)

7.	Localización de la obra y/o trabajos a ejecutar:

			Giro, Actividad u Ocupación	Distancia en metros
8.	COLINDANCIAS	NORTE		
		SUR		
		ESTE		
		OESTE		

9.	¿Hay bienes existentes y/o elementos estructurales en el sitio de ejecución de la obra y /o trabajos? Sí No
10.	Mencione los Sistemas de Prevención para evitar accidentes o daños en el sitio de ejecución de la obra y/o trabajos:

11.	¿Tiene o cuenta con suficiente experiencia en el tipo de obra que va a ejecutar? Sí No
12.	Período de ejecución de la obra y/o trabajos:
13.	Valor Estimado de la Obra:
14.	Dueño y/o Beneficiario de la Obra:
15.	La maquinaria de construcción a utilizar en la ejecución de la obra es: Propia Arrendada con o sin operador
16.	Indique el carácter con el que interviene en la Obra: SI NO – Contratista Principal – Subcontratista – Participante en consorcio de construcción – Por cuenta propia – Otros: _____

EDIFICIO INVERCASA, 1er PISO, MANAGUA, NICARAGUA
APDO. POSTAL C-268. T: (505) 2276-8890. F: (505) 2278-6358
ASISTENCIA 24 HORAS TEL: 2277-2585, www.mapfre.com.ni
RUC: 091296-9541

MAPFRE | NICARAGUA

RG-S-CSRCEC-01

RECORD DE SINIESTROS EN LOS ULTIMOS CINCO (5) AÑOS			
FECHA DE LA PERDIDA	CAUSA DEL SINIESTRO	COBERTURA AFECTADA	MONTO DE LA PERDIDA

LIMITES DE RESPONSABILIDAD REQUERIDOS

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:	

¿Desea usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiere de este contrato? Si No

FORMA DE PAGO: De Contado

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 MAPFRE | SEGUROS _ICARAGUA, 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 completos y verdaderos, y que solicita el seguro propuesto de acuerdo con las anotaciones y limites indicados en esta solicitud.

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 MAPFRE | SEGUROS _ICARAGUA, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

NOTA: En algunos casos la COMPAÑIA puede requerir copia de planos e información adicional.

_____	_____	_____
LUGAR y FECHA	FIRMA del SOLICITANTE	CORREDURIA y/o AGENCIA