

## RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS SOLICITUD DE SEGURO

---

Fecha: \_\_\_\_\_  
dd / mm / aaaaNOMBRE DEL SOLICITANTE, INCLUYENDO AFILIADOS Y/O SUBSIDIARIOS:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DESCRIPCION DE LOS PRODUCTOS QUE FABRICA Y/O DISTRIBUYE (FAVOR DE ANEXAR CATALOGO)

Mercaderías: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Maquinarias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuantos años en el mercado: \_\_\_\_\_

Lista de productos exportados indicando el porcentaje de cada uno de ellos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Liste cualquier producto que haya descontinuado o revocado en los últimos cinco años, y en su caso proporcione razones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Existe algún tipo de producto nuevo que planea introducir al mercado durante el próximo año:

Si  No 

Estimado en ventas: \_\_\_\_\_

Fabrica usted completamente el producto:

Si  No Indique las partes compradas por usted:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instala y da mantenimiento y servicio al producto

Si  No 

Esta llevando a cabo un programa verificable de prevención de pérdidas para responsabilidad civil:

Si  No 

(Si cuenta con certificado de calidad de alguna sociedad clasificadora, favor de anexar copia)

Tiene registros en vigor de embarques recibidos:

Si  No Detalle las certificaciones de calidad con las que cuenta su producto (adjuntar evidencia de las mismas)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Son vendidos o distribuidos sus productos bajo la marca de otros:

Si  No

Proporcione nombre: \_\_\_\_\_

Describa la información contenida en las etiquetas de sus productos:

Marca	Nombre del Producto	Peso Neto. (PARTE FRONTAL)

Idiomas de las etiquetas :

Inglés  Español  Alemán  Francés  Árabe  Otros: \_\_\_\_\_

Describa los tipos de envases en los que van contenidos sus productos: \_\_\_\_\_

Vende o distribuye productos fabricados por otros bajo su marca:

Si  No

Proporcione estimado de ventas para el próximo ejercicio desglosado como sigue:

Nombre del producto	Ecuador	Estados Unidos	Asia	Europa	Oceanía	Total
TOTAL:	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Alguna compañía de seguros le ha cancelado o rechazado la renovación de esta cobertura:

Si  No

Explique causas: \_\_\_\_\_

Proporcione la siguiente información de los siniestros ocurridos en los pasados cinco años

Fecha	Causa	Monto		Indique si esta en juicio	
		Pagado	Pendiente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

(Para siniestros con montos superiores a us\$50,000, favor de proporcionar detalles anexándolos al presente)



Av. Eloy Alfaro N34-194 y  
Catalina de Aldaz.  
Quito-Ecuador

+593 3989800, 1800 222 000  
[www.zurichseguros.com.ec](http://www.zurichseguros.com.ec)

Indique las opciones de limite asegurado que requiere:

Si  No

A. \_\_\_\_\_ B. \_\_\_\_\_ C. \_\_\_\_\_

Indique las coberturas de responsabilidad civil requeridas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Esta de acuerdo en liberar de responsabilidad al distribuidor:

Si  No

Si es asi, entonces requiere la cobertura adicional de "vendedores"

Si  No

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA