

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"/>

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

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