

CUESTIONARIO PARA TRANSPORTE DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA – INCLUYENDO PÉRDIDA CONSECUENCIAL

1. Nombre/ NIT/ Dirección del Cliente: _____

2. Naturaleza /Descripción de la planta /montaje /proyecto: _____

3. Ubicación del Proyecto: _____
4. Valor Total de los equipos a ser transportados (especificando la base de valoración): _____

5. Indique aquellos equipos para los cuales del Cliente NO requiere cobertura de Transporte: _____

6. País(es) de Origen de los Equipos. _____
7. Método(s) de Transporte (ej.: Aéreo, Terrestre, Marítimo, etc.): _____

8. Especificaciones de Empaque para todas las cargas (ej. Paletizado, contenedor, etc.). _____

9. Listado de todos los equipos que requieren almacenamiento “Sobre Cubierta”: _____

10. Se harán movilizaciones en barcaza? Si es así, por favor indicar detalles (valores, límites, puertos de carga & descargue, etc.): _____

11. Indicar los límites solicitados por
 - a) Buque _____
 - b) Avión _____
 - c) Camión _____
 - d) Otro _____ favor especificar: _____
12. Indicar los datos de contacto (dirección, nombre, teléfono, et.) del Manager del Proyecto: _____

13. En que momento del tránsito iniciará el presente seguro? _____

En que momento cesará? _____

14. En que fecha se anticipa serán realizadas las pruebas? _____ Cuanto durarán? _____

15. En que fecha se anticipa serán el proyecto puesto en marcha (luego de pruebas)? _____

16. En caso de daños:

a) Las reparaciones se pueden manejar localmente? _____

b) Pueden ser realizadas por personal del Asegurado? _____

c) Pueden ser realizadas contratistas / subcontratistas del Asegurado? _____

17. Existe alguna maquina, equipo o pieza sujeta a Restricciones de Importación? Si o No .

Si la respuesta es "Si", favor detallar _____

18. Existe alguna maquina, equipo o pieza que sea usada / remanufacturada / repotenciada? Si o No .

Si la respuesta es "Si", favor detallar: _____

19. Indique detalles (ciudad, bodega, dirección & límites requeridos) de cualquier ubicación que sea usada para consolidación, permanencia o almacenamiento: _____

20. Se requiere cobertura para Desempaque Temporal? _____ Si así es, por cuanto tiempo? _____

21. Hay un acuerdo del Cláusula 50/50 con la póliza C.A.R. a ser incluida en esta cobertura? _____

22. Por favor anexe el cronograma de despacho / movilización para todos las cargas, incluyendo el nombre del proveedor, método y fecha de transporte, puertos de cargue & descargue, y fechas estimadas de arribo.

23. La TABLA 2 – Listado de Equipo Crítico, anexa, debe ser diligenciada en su totalidad.

24. Si se requiere cobertura para Pérdida Consecuencial, La TABLA 1 – Tabla de Pérdida Consecuencial, anexa, debe ser diligenciada en su totalidad.

25. Período de Indemnización Solicitado: _____

26. Deducible en Tiempo Solicitado: _____

TABLA 1
Tabla de Pérdida Consecuencial

	Exposición Total	Límite de Seguro Solicitado
Lucro Cesante		
Cargos Fijos		
Rentas		
Impuestos		
Intereses		
Cargos por Poder		
Cargos Especiales		
Otros (Favor Indicar)		
Total		

Declaración:

Confirmando que la información dada por la presente y anexos pertinentes es actualizada y correcta.

Broker / Corredor de Seguros

Firma del Solicitante

Fecha

Fecha

De conformidad con lo previsto en el artículo 1047 del Código de Comercio, la Presente Solicitud de Seguro hará parte integrante de la póliza

TABLA 2
Listado de Equipo Crítico

Descripción de Equipo Crítico (Indicar si es Prototipo)	Nombre del Fabricante	Valor del bien USD \$	Fecha de Embarque (indique país de origen)	Modo de Transporte	Fecha Estimada de Arribo (y puerto Ingreso)	Tiempo Requerido de Instalación	Notificación del Fabricante para Tiempos de Reemplazo (incluyendo re-fabricación si fuera necesario)