

FORMULARIO DE SOLICITUD POLIZA DE RESPONSABILIDAD POR CONTAMINACION DEL CONTRATISTA

Por favor envíe junto con esta Solicitud:

- 1) Reporte de pérdidas de los últimos cinco (5) años asociadas a las coberturas solicitadas.
- 2) Currículos/certificaciones/licencias del personal clave.
- 3) Lista de 5 proyectos completados recientemente según Página Complementaria de Descripción del Proyecto al final de esta Solicitud.
- 4) Folletos, copias de garantías, y acuerdos de indemnidad proporcionados por el Asegurado Nombrado.
- 5) Ejemplo de contrato usado con Clientes.

1. SOLICITANTE			
Nombre Completo Asegurado Nombrado			
Carrera/Calle/Nº		Departamento	Ciudad – Código Postal
Nombre del Contacto:			
Cargo	Correo Electrónico	Página Web	Link YouTube Empresa
¿Es la empresa una subsidiaria de otra empresa? SI <input type="checkbox"/> - Nombre:		NO <input type="checkbox"/>	
El solicitante opera como: <input type="checkbox"/> S.A. <input type="checkbox"/> LTDA. <input type="checkbox"/> S.A.S. <input type="checkbox"/> Otro:			

2. TERMINOS SOLICITADOS <input type="checkbox"/> Nuevo Seguro <input type="checkbox"/> Renovación	
Valor Asegurado por Reclamación	COP
Valor Asegurado Agregado	COP
Deducible	COP
Vigencia de Póliza Propuesta (dd/mm/aaaa)	

3. GANANCIAS		
Año (12 Meses)	Ingresos Brutos Totales (COP)	Empleados (#)
Proyectado	\$	
Venciendo	\$	
Primero anterior	\$	
Segundo anterior	\$	

4. SEGUROS ANTERIORES O PREEXISTENTES			
Responsabilidad por Contaminación del Contratista		Responsabilidad Profesional	
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Ninguno	
Compañía de seguros:		Compañía de seguros:	
Valores asegurados (COP):		Valores asegurados (COP):	
Deducible (COP):		Deducible (COP):	
Prima (COP):		Prima (COP):	
Fechas efectivas de vigencia:		Fechas efectivas de vigencia:	
Fecha de retroactividad de la cobertura:		Fecha de retroactividad de la cobertura:	

5. SERVICIOS DEL CONTRATISTA		
CONTRATISTAS CON SERVICIOS AMBIENTALES <input type="checkbox"/> Marque aquí si esta sub-sección <u>no</u> aplica Moneda: <input type="checkbox"/> COP <input type="checkbox"/> USD	Ingresos Brutos Proyectados	Ingresos Subcontratados Proyectados
Abatimiento de Materia Microbiana - Comercial Complete la sección Materia Microbiana a continuación	\$	\$
Abatimiento de Materia Microbiana - Residencial Complete la sección Materia Microbiana a continuación	\$	\$
Abatimiento o Remediación de Plomo Complete la sección de Asbestos/Plomo a continuación	\$	\$
Abatimiento o Remediación de Asbestos Complete la sección de Asbestos/Plomo a continuación	\$	\$
Aplicación de Pesticidas/Herbicidas	\$	\$
Embalaje de Laboratorio/Manipulación de Tambores	\$	\$
Excavación del Suelo - no petróleo ni derivados (explicar)	\$	\$
Excavación del Suelo – petróleo y derivados	\$	\$
Extracción de Agua y Secado - Residencial/Comercial	\$	\$
Instalación de Tanques Superficiales	\$	\$
Instalación del Revestimiento en Vertederos	\$	\$
Limpieza de Ductos - Residencial/Comercial/Industrial	\$	\$
Limpieza de Escenas de Crimen	\$	\$
Limpieza del Tanques Sépticos	\$	\$
Limpieza Industrial	\$	\$
Limpieza y Decomiso de Laboratorios Clandestinos	\$	\$
Limpieza/Instalación de Tuberías de Alcantarillado	\$	\$
Limpieza/Mantenimiento de Tanques Superficiales	\$	\$
Muestras	\$	\$
Operación/Mantenimiento de la Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales	\$	\$
Operación/Mantenimiento de Plantas de Tratamiento de Aguas	\$	\$
Operación/Mantenimiento de Vertederos	\$	\$
Perforación Ambiental	\$	\$
Recolección de Desechos Médicos	\$	\$
Remediación Biológica	\$	\$

Remediación de Aguas Subterráneas	\$	\$
Remediación del Suelo	\$	\$
Remoción de Bifenilos Policlorados (PCB)	\$	\$
Remoción de Tanques Soterrados	\$	\$
Respuesta a Emergencias/Limpieza de Materiales Peligrosos	\$	\$
Trabajos en Humedales/Manglares	\$	\$
Otro (explicar):	\$	\$
CONTRATISTAS NO AMBIENTALES <input type="checkbox"/> Marque aquí si esta sub-sección <u>no</u> aplica Moneda: <input type="checkbox"/> COP <input type="checkbox"/> USD	Ingresos Brutos Proyectados	Ingresos Subcontratados Proyectados
Aislamiento	\$	\$
Albañilería	\$	\$
Alcantarillado y Agua	\$	\$
Carpintería	\$	\$
Construcción de Calles y Caminos	\$	\$
Construcción de Puentes (incluye Pintura)	\$	\$
Construcción Geotécnica	\$	\$
Construcción Marina	\$	\$
Contratación de Servicios - Incluye Perforación	\$	\$
Demolición – Interior	\$	\$
Demolición hasta 3 pisos	\$	\$
Demolición por encima de 3 pisos	\$	\$
Detonación (no incluye Demolición)	\$	\$
Dragado	\$	\$
Eléctrico	\$	\$
Encuestas Geofísicas	\$	\$
Excavación/Clasificación de Suelos	\$	\$
Fontanería – Comercial	\$	\$
Fontanería – Residencial	\$	\$
Hormigón	\$	\$
HVAC (Calefacción, Ventilación y Aire Acondicionado)	\$	\$
Instalación de Pisos	\$	\$
Instalación de Tanques Soterrados	\$	\$
Instalación de Ventanas	\$	\$
Levantamiento de Estructuras Metálicas	\$	\$
Limpieza de Alfombras y Tapicerías	\$	\$
Limpieza de Calles y Caminos	\$	\$
Limpieza de Ductos - Residencial/Comercial/Industrial	\$	\$
Mantenimiento Industrial	\$	\$
Mantenimiento o Construcción de Tuberías	\$	\$
Mantenimiento/Limpieza	\$	\$
Mecánica	\$	\$

Paisajismo	\$	\$
Perforación no Ambiental	\$	\$
Pintura	\$	\$
Remoción de Escombros	\$	\$
Revestimiento de Exteriores	\$	\$
Techado – Comercial	\$	\$
Techado – Residencial	\$	\$
Trabajo con Grúa	\$	\$
Túneles	\$	\$
Otro (explicar):	\$	\$
TOTAL (SUMA DE) TODO EL TRABAJO DEL CONTRATISTA:	\$	\$

El total de Ingresos Brutos Proyectados para todos los trabajos del contratista (ambientales y no ambientales) y Servicios Profesionales debe ser igual a la suma de los Ingresos Brutos Proyectados ingresados en las sub-secciones correspondientes.

Por favor indique el porcentaje aproximado de sus Ingresos Brutos Totales derivados de las siguientes categorías de clientes:

Categoría	Porcentaje	Categoría	Porcentaje
Gobierno Federal	%	Desarrollo Inmobiliario	%
Gobierno Estatal o Departamental	%	Instituciones/Bancos Prestamistas	%
Gobierno Municipal o Distrital	%	Propietarios que actúan como sus propios contratistas	%
Contratistas	%	Instalaciones Educativas	%
Comercial	%	Industrial	%
Residencial	%	Otro (explicar):	%
Arquitectos, Ingenieros o Consultores Ambientales	%		

Indique el porcentaje aproximado de sus Ingresos Brutos Totales derivados de los siguientes tipos de proyectos:

Categoría	Porcentaje	Categoría	Porcentaje
Aeropuertos	%	Manufactura/Industrial	%
Apartamentos	%	Oficina/Edificios comerciales	%
Puentes	%	Estructuras de estacionamiento	%
Condominios	%	Centros comerciales/minoristas	%
Represas/Túneles	%	Carreteras/Carreteras/Puentes	%
Edificios Gubernamentales	%	Telecomunicaciones	%
Puertos/Muelles	%	Estadios	%
Hospitales	%	Tratamiento de Agua/Aguas Residuales	%
Hoteles/Hospitalidad	%	Otro (explicar):	%
Renovación Interior de Edificios	%		

6. SUBCONTRATISTAS	<input type="checkbox"/> Marque aquí se esta sección <u>no</u> aplica
Indique el porcentaje de trabajo subcontratado a terceros, incluidos empleados independientes:	%
¿Qué porcentaje de su trabajo es con clientes habituales?	%
¿Se requiere a los subcontratistas que cuenten con pólizas de Responsabilidad por Contaminación de Contratistas? Si sólo es requerido para ciertas actividades comerciales, por favor identifíquelas en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Cuáles son los límites mínimos de responsabilidad necesarios para sus subcontratistas? Responsabilidad por Contaminación del Contratista/Sub-Contratista: COP	
Cuando contrata subcontratistas, usted	
¿Obtiene certificados de seguro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Permite a los subcontratistas trabajar sin que le proporcionen un certificado de seguro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Exige ser nombrado como asegurado adicional en las pólizas de sus subcontratistas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Obtiene renunciaciones de subrogación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Obtiene acuerdos de indemnización?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Verifica que todos los subcontratistas y/o sub-consultores están afiliados al Sistema General de Seguridad Social?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

7. ABATIMIENTO/REMEDIACION DE ASBESTOS/PLOMO	<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta sección <u>no</u> aplica
Proporcione toda la información solicitada a continuación	
COBERTURA SOLICITADA: <input type="checkbox"/> Abatimiento o Remediación de Materiales que Contienen Asbestos (MCA) - <input type="checkbox"/> Abatimiento o Remediación de Pintura a Base de Plomo (PBP)	
Describa las tareas de abatimiento/remediación de MCA/PBP que se realizarán:	
Cuál de estas dos opciones describe mejor el alcance del trabajo: <input type="checkbox"/> Demolición % <input type="checkbox"/> Renovación %	
Especifique la cantidad de años que lleva involucrado en el trabajo de abatimiento, remediación de MCA/PBP:	
¿Qué porcentaje de su trabajo se atribuye al trabajo residencial/habitacional? <input type="checkbox"/> Abatimiento de MCA % <input type="checkbox"/> Abatimiento de PBP %	
Describa el uso que hace su empresa del control de liberación durante el abatimiento, remediación o evaluación:	
Si el MCA friable y/o no friable existente ha sido desmantelado, abatido o alterado antes de la ejecución de sus tareas, ¿cómo se maneja y documenta esta situación?	
¿Utiliza únicamente personal acreditado/capacitado para realizar y supervisar el trabajo de abatimiento/remediación de MCA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Están sus subcontratistas obligados a proporcionar comprobante de seguros de abatimiento y remediación de MCA/PBP? En caso afirmativo, proporcione los valores asegurados requeridos:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Realiza pruebas de calidad del aire antes, durante y después del abatimiento/remediación? En caso afirmativo, ¿quién realiza la prueba?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Realiza pruebas de calidad del aire de RMCA antes, durante y después del trabajo de abatimiento/remediación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Realiza trabajo de "abatimiento de emergencia de MCA" y/o asume proyectos abandonados o dejados incompletos por otros contratistas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Cumple usted completamente con las regulaciones locales respecto a la evaluación previa, notificación, contención, manipulación, etiquetado, transporte y abatimiento de MCA mientras realiza actividades de demolición y/o renovación de las instalaciones?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿A qué otras pautas o disposiciones sobre abatimiento de RMCA usted se adhiere durante el abatimiento?	
Lo siguiente debe enviarse en adición a esta solicitud firmada para revisión previa a la cotización de Abatimiento/Remediación de MCA/PBP:	
<ul style="list-style-type: none"> • Certificados de capacitación de abatimiento/remediación de MCA/PBP para todo el personal que realiza/supervisa los trabajos de abatimiento de MCA/PBP. • Detalles de cualquier pérdida o reclamación por abatimiento/remediación de MCA/PBP en los últimos 3 años. • Copia del contrato de abatimiento/remediación MCA/PBP del asegurado. El contrato debe proporcionar el alcance de trabajo detallado. • Procedimiento de operación de abatimiento/remediación de MCA/PBP por escrito. • Lista de los últimos 5 proyectos realizados de abatimiento/remediación de MCA/PBP. 	

8. ABATIMIENTO/REMEDIACION DE MATERIA MICROBIANA	<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta sección <u>no</u> aplica
Todas las pólizas incluyen una exclusión de Materia Microbiana. La cobertura de Materia Microbiana puede estar disponible para el solicitante. Proporcione toda la información solicitada a continuación:	
COBERTURA SOLICITADA: <input type="checkbox"/> Abatimiento/Remediación de Materia Microbiana	
Describa los trabajos de abatimiento/remediación de Materia Microbiana realizados:	
Especifique la cantidad de años involucrados en el trabajo de Materia Microbiana:	
¿Qué porcentaje de su trabajo se atribuye al trabajo residencial/habitacional?	%
Describa el uso que hace su empresa de la nebulización de agua como método de control de liberación de esporas de Materia Microbiana durante la remediación:	
Si se encuentran problemas de humedad (como fugas, inundaciones, descargas de alcantarillado, deficiencias estructurales, problemas de humedad) durante la ejecución de sus tareas, ¿cómo se maneja y documenta esta situación?	
¿A qué pautas de Materia Microbiana se adhiere durante el abatimiento?	
¿Exige a sus subcontratistas proveer pruebas de contar con un seguro que cubra Materia Microbiana? En caso afirmativo, proporcione los valores asegurados requeridos:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Le comunica al cliente, verbalmente y por escrito dentro de su contrato de servicio, que los problemas de Materia Microbiana pueden volver a ocurrir si problema de la humedad no se resuelve?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Realiza pruebas de calidad del aire antes, durante y después de la remediación? En caso afirmativo, ¿quién realiza las pruebas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Lo siguiente debe enviarse en adición a esta solicitud firmada para revisión previa a la cotización de la Cobertura de Materia Microbiana:

- Declaración de calificación y/o currículos para todo el personal que realiza trabajos de abatimiento/remediación de Materia Microbiana.
- Certificados de capacitación sobre Materia Microbiana para todo el personal que realiza trabajos de abatimiento/remediación de Materia Microbiana.
- Detalles de cualquier pérdida o reclamación por Materia Microbiana en los últimos 3 años.
- Copia del contrato de reparación de Materia Microbiana del asegurado. El contrato debe proporcionar un alcance detallado de los servicios y no debe incorporar ninguna garantía sobre trabajos de Materia Microbiana realizados.
- Procedimientos operativos estándar (POE) de Materia Microbiana de la compañía por escrito.
- Lista de los últimos 5 proyectos realizados de Materia Microbiana.

9. TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si esta sección <u>no</u> aplica.
<input type="checkbox"/> Marque aquí y proporcione información a continuación si usted opera una flota de vehículos propios para la ejecución de sus servicios como contratista. Brinde la lista de vehículos, distinguiendo entre camiones ligeros, medios y pesados.	
¿Existe un programa activo de mantenimiento vehicular? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene un programa de capacitación formal para el transporte de desechos peligrosos? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha contratado una compañía de respuesta de emergencia en caso de accidente durante el transporte? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Marque aquí y proporcione información a continuación si subcontrata o planea subcontratar la flota de vehículos de un tercero para la ejecución de sus servicios como contratista. Proporcione la lista de nombres de estos transportistas en hoja aparte.	
¿Ha trabajado con esta(s) compañía(s) por más de tres (3) años consecutivos? En caso contrario, proporcione detalles de la historia en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Está subcontratando el acarreo de cualquier material/residuos en particular (peligroso o no peligroso)? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si es propietario y subcontratante de servicios de transporte, ¿qué porcentaje representa el uno al otro? <input type="checkbox"/> Propio: % <input type="checkbox"/> Terceros: %	

10. PRÁCTICAS DE NEGOCIOS	
¿Alguna vez realiza trabajos a menos de 50 pies de un ferrocarril?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Su empresa tiene exposiciones de aeronaves o embarcaciones? En caso afirmativo, describa en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Su empresa ha escrito procedimientos de control de calidad? En caso afirmativo, adjunte la tabla de contenidos del Protocolo.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Su empresa tiene un programa interno de educación continua? En caso afirmativo, describa en hoja aparte	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene un programa activo, escrito y formal de Salud, Higiene y Seguridad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Participa en trabajos que involucren Aislamiento Exterior y Sistemas de Acabado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Utiliza el protocolo estándar ASTM - 1527 para auditorías/evaluaciones? De lo contrario, adjunte una copia de muestra de su contrato.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Proporciona garantías escritas para su trabajo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuenta usted con una persona responsable para el manejo de temas ambientales relacionados con las actividades de su negocio? En caso afirmativo, por favor indique: Nombre: Cargo: Teléfono e correo electrónico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

11. ANTECEDENTES		
¿Alguna Compañía de seguros alguna vez canceló, restringió o se negó a renovar su póliza o cualquier cobertura en los últimos 5 años? En caso afirmativo, explique en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿El solicitante, o cualquier entidad subsidiaria o predecesora del mismo, ha sido alguna vez (o está siendo actualmente) objeto de procesos concursales, de insolvencia, quiebra, reorganización, disolución u otro procedimiento relacionado con la calidad de deudor insolvente? Si es así, por favor provea detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene el solicitante alguna subsidiaria o entidad relacionada que no se mencione anteriormente? En caso afirmativo, describa su responsabilidad frente a obligaciones pasadas, presentes y futuras en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Existen estatutos, normas u otras reglamentaciones municipales, distritales, departamentales y/o nacionales relacionadas con la protección del medio ambiente con los que no se puede cumplir en la actualidad? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha habido fusiones, adquisiciones, consolidaciones o escisiones? En caso afirmativo, describa su responsabilidad frente a obligaciones pasadas, presentes y futuras en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez esta cuenta ha operado con un nombre diferente? En caso afirmativo, describa sus obligaciones para con pasivos pasados, presentes y futuras en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Describa cualquier servicio contractual que haya sido discontinuado, vendido o abandonado, o cualquier operación que haya sido adquirida:		

12. PERDIDAS Y RECLAMACIONES		
¿Durante los últimos cinco (5) años, se ha presentado o reportado alguna reclamación contra el solicitante bajo sus pólizas (o que hubiese aplicado a las mismas, ante la ausencia de cobertura) de Responsabilidad Civil General, Responsabilidad por Contaminación del Contratista o Responsabilidad Profesional? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Durante los últimos cinco (5) años, recibió el solicitante o cualquier potencial asegurado responsable alguna reclamación, fue citado o procesado en la defensa de causas ambientales o bien por violación de cualquier ley ambiental y/o regulación nacional o local como consecuencia de la emisión o derrame de sustancias, desechos o cualquier otra condición contaminante? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Conoce el solicitante o cualquier potencial asegurado responsable algún hecho, circunstancia o situación que pudiese razonablemente generar la expectativa de una reclamación contra el Asegurado Nombrado o cualquier asegurado bajo la póliza para el cual se solicita la cobertura? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Durante los últimos cinco (5) años se han presentado pérdidas o ha recibido reclamaciones el solicitante como consecuencia de condiciones contaminantes durante el transporte, incluyendo la carga y descarga? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Durante los últimos cinco (5) años se han presentado pérdidas o ha recibido el solicitante reclamaciones de terceros como consecuencia de condiciones contaminantes dentro, debajo, sobre o migrando de un vertedero ajeno como destino final de desechos generados en la ejecución de sus trabajos? En caso afirmativo, por favor indique los detalles en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

¿Algún miembro del personal o empleado ha sido objeto de medidas disciplinarias por parte de las autoridades como resultado sus trabajos contractuales prestados? Si es así, describa por favor en hoja aparte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

13. AVISO AL SOLICITANTE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

El solicitante declara que las manifestaciones y los hechos mencionados en este documento son ciertos y que no se ha suprimido o falseado ninguna de las circunstancias descritas. Completar y presentar este formulario por parte del solicitante no obliga al Asegurador a otorgar la cobertura. Se requiere la aceptación por parte del solicitante de la cotización emitida por la Aseguradora, antes de la emisión de la póliza. La cobertura solicitada es únicamente la establecida en la póliza y cualquier endoso de la misma, la cual provee cobertura de responsabilidad civil para los gastos de limpieza, lesiones corporales y daños a la propiedad derivados de reclamaciones hechas por primera vez contra el asegurado y reportadas a la aseguradora, por escrito, durante el período de la póliza. Todas las declaraciones escritas y los materiales suministrados a la aseguradora junto con esta solicitud se incorporan a y forman parte de la misma. El solicitante reconoce además que las respuestas proporcionadas en este documento se basan en una evaluación y/o investigación razonable. **Esta solicitud deber ser firmada y fechada por un propietario, representante legal, socio, administrador o gerente de riesgo del solicitante.**

Nombre del Solicitante	Cargo
Firma del Solicitante	Fecha
Nombre del Intermediario (Agente o Corredor de Seguros)	Lugar

ANEXO 1
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO - PÁGINA COMPLEMENTARIA

1	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP
2	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP
3	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP

4	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP
5	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP
6	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP
7	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP
8	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP
9	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP
10	Nombre del proyecto/Cliente:
	Servicios prestados:
	Valor del ingreso bruto del proyecto completado: COP

ADVERTENCIA DE FRAUDE

Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa, o, con el propósito de engañar, u oculte la información relativa a cualquier hecho material al mismo, incurrirá en tipos penales punibles a la luz de la legislación Colombiana.

El solicitante declara que las manifestaciones y los hechos mencionados en este documento son ciertos y que no se ha suprimido o falseado ninguna de las circunstancias descritas.

Completar y presentar este formulario por parte del solicitante no obliga a Berkley Seguros Colombia a otorgar la cobertura. Se requiere la aceptación por parte del solicitante de la cotización emitida por Berkley Seguros Colombia, antes de la emisión de la póliza.

Todas las declaraciones escritas y los materiales suministrados a la compañía junto con esta solicitud se incorporan a y forman parte de la misma.