

**LATINA SEGUROS C.A.**  
**SEGURO DE LUCRO CESANTE POR INCENDIO**  
**SOLICITUD DE SEGURO**

**SOLICITANTE**

Nombre	:			
C.I. / RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:	Provincia	:	
Teléfono	:	Celular	:	
Email	:			
APS	:			

**VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR**

Desde	:		Hasta	:	
-------	---	--	-------	---	--

1. Indíquese los establecimientos de su empresa que desea asegurar contra el Lucro Cesante como consecuencia de un daño de Incendio (especificación y domicilio de los establecimientos, fines de los mismos.)

---

---

---

---

2. ¿En qué Compañía están estos establecimientos asegurados contra Incendio?

---

3. ¿Desde cuándo existe el seguro de Incendio?

---

4. ¿Los bienes asegurados en el seguro de Incendio han sido asegurados ya anteriormente contra Lucro Cesante por Incendio? SI  NO

En caso afirmativo

¿En qué Compañía?

---

¿Le ha sido cancelado alguna vez este seguro?

SI  NO

Indique los motivos

---

---

5. Indíquese el nombre, dirección, correo electrónico y teléfono de su Contador y en qué períodos regulares son revisados sus libros de contabilidad.

---

---

6. ¿Cuándo fue fundada su Empresa?

---

7. ¿Desde cuándo existen los establecimientos por asegurar?

---

8. ¿Desde cuándo aplica Ud. El proceso de producción seguido en la fábrica por asegurar?

---

9. ¿Qué interrupciones se han presentado en los establecimientos por asegurar en los últimos cinco años a consecuencia de un siniestro de Incendio?

---

---

---

10. En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

---

---

---

11. ¿Qué trabajos de reparación puede efectuar la empresa misma?

---

---

---

12. Por favor, indique las posibilidades externas de reparación (fabricante, talleres de reparaciones)

---

---

---



19. Determinación de la suma asegurada

Serán objeto del seguro las ganancias que se deriven de la venta de las mercancías producidas en la empresa asegurada y las ganancias de prestaciones de servicio, así como todos los costos permanentes de operación que debe afrontar la empresa asegurada aun en caso de interrupción.

Es conveniente determinar la suma anual de ganancias y costos permanentes, o sea el beneficio bruto, a base de la cuenta de Pérdidas y Ganancias. El presente cálculo se basa en la cuenta de Pérdidas y Ganancias del ejercicio:

Comienzo del ejercicio:

Ingresos		
	Volumen del negocio, bruto	
	Gastos de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación para mantener el servicio de la empresa	
	Producción para fines propios anotada en el activo	
	Perjuicios por interrupción de las operaciones registradas durante el ejercicio	
	Existencias en productos elaborados y semielaborados al final del ejercicio	
	Total (1)	
Egresos		
	Deducciones del volumen del negocio (por ejemplo descuentos a clientes, rebajas, bonificaciones)	
	Impuestos de consumo y sobre la venta	
	Consumo de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación, en total	
	Otros costos no erogados durante la interrupción de las operaciones (p.ej. fletes por cuenta ajena, derechos de aduana, gastos de franqueo, primas de seguros dependientes de las ventas, licencias)	
	Existencias en productos elaborados y semielaborados al comienzo del ejercicio	
	Total (2)	
Valor asegurado(beneficio bruto) = (1) –(2)		
Monto previsto para aumentos futuros		
Suma asegurada		

Si se desea un período de indemnización separado para salarios, habrá que repartir en forma correspondiente la suma asegurada. Se indicará una posición separada de salarios con el período de indemnización deseado bajo el numeral 20.

20. Resumen de las prestaciones del seguro solicitadas

Numeral	Objeto del seguro	Suma asegurada
1	Beneficio bruto	
2	Gastos adicionales para el consumo efectivo de corriente de la red pública	
3	Gastos adicionales para el precio básico de conexión	
4		
5		

21. Franquicia temporal deseada (franquicia temporal mínima 2 días)

- 2 días       5 días       7 días       14 días

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar la información de este formulario. Declaro bajo juramento que los fondos para el pago de primas, gastos e impuestos en razón o consecuencia de la emisión de pólizas contratadas con LATINA SEGUROS C.A. tienen origen lícito. Eximo (mimos) a LATINA SEGUROS C.A. de toda responsabilidad, inclusive frente a terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

El Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-5-6-SF-24-50004423, el 16 de Marzo de 2023.