|  |
| --- |
| **Cuestionario para el Amparo Adicional de Pérdida de Beneficios a Consecuencia de un Siniestro de Construcción** |
| Nombre y dirección del Asegurado: | Empresa asegurada: |
| Objeto del seguro: beneficio bruto y costes adicionales de explotación Suma asegurada anual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Suma asegurada corres- pondiente al período máximo de indemnización\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Período de vigencia del seguro: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(fecha prevista para la terminación) Incluidas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semanas de pruebaPeríodo máximo de indemnización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses  a comenzar el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (comienzo previsto de las  operaciones aseguradas, pero  no antes de la fecha prevista para su terminación) Franquicia temporal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Las informaciones sobre el cronograma de avance de los trabajos serán presentadas en intervalos de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses. |
| El Cuestionario y la Solicitud No. forman parte integrante de esta Parte.Los siguientes endosos van adheridos a esta Parte y forman parte integrante de la misma: |
| Prima total:(inclusive las sobreprimas para los endosos antes mencionados) |

|  |
| --- |
| Especificación de la Maquinaria e instalaciones aseguradas bajo esta Parte |
| Cantidad  | Descripción de la maquinaria a montar (fabricante, tipo, tamaño, potencia) | Pérdida de producción %1 | Piezas de repuesto esenciales, capacidad/unidades de reserva, posibilidades de aminorar el daño |
|  |  |  |  |
| 1 Reducción (en por ciento) del beneficio bruto al fallar una máquina (sin tener en cuenta ningún tipo de posibilidades de aminorar la pérdida).En (Los) abajo firmante(s), debidamente autorizado(s) por la Compañía, confirma(n) en nombre de ésta la veracidad de los datos indicados.Conocedores de las penas de perjurio, declaramos bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a la Compañía, en caso de emitirse la Póliza, es y proviene de actividades lícitas.Lugar y fecha: Firma del Solicitante |

El Contratante y/o 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 a la presente cláusula el número de registro con oficio No. SCVS-13-14-CA-248-123004423-21062023 de fecha 21 de junio del 2023 .