



CUESTIONARIO SUPLEMENTARIO PARA CONTRATISTA

Instrucciones para Solicitante:

- Responda todas las preguntas. Si la respuesta a cualquier pregunta es NINGUNA , declare NINGUNA.
- El cuestionario debe ser firmado y fechado por el propietario, socio o funcionario.
- POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE LAS DECLARACIONES AL FINAL DEL CUESTIONARIO.

LOS VERBOS EN EL FUTURO EN UNA PREGUNTA DE LA SOLICITURA SIGNIFICA HASTA LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA

1. Solicitante: _____
2. Individual Incorporación Sociedad LLC Otra _____
3. Años que usted está en el negocio: _____
4. Sitio Web/Dirección de Correo Electrónico: _____
5. Enumere todos los nombres de negocios que usted ha utilizado en el pasado o que esté utilizando además del actual para solicitar seguro:

6. ¿Tiene otras operaciones además de contratación? Si No
¿Cubierto por otro seguro? Si No
Si es "Si" por favor explique: _____
7. Licencia de Contratista #: _____ Estados en los que hace negocios: _____
8. ¿Han tomado acción contra usted alguna autoridad otorgante de licencias? Si No
Si es "Si" por favor explique: _____
9. ¿Ha permitido o permitirá que otro contratista utilice su licencia de Contratista? Si No
Si es "Si" por favor explique: _____
10. Cálculos aproximados para los próximos 12 meses:
Nómina Total: \$ _____ Costos Subcontratados: \$ _____ Ingresos Brutos: \$ _____
Nómina bajo Wrap/OCIP: \$ _____
11. ¿Hace trabajo de seguro controlado por propietario (Wrap/OCIP)? Si No
Si responde "Sí", ¿cuáles son los ingresos estimados para:
Trabajo cubierto separadamente bajo Wrap/ OCIP? \$ _____

Trabajo no cubierto bajo Wrap/OCIP?

\$ _____

12. Historia de Años Anteriores:

Año _____ Nómina: \$ _____ Costos Subcontratados: _____ Ingresos Brutos: \$ _____ Prima Seguro de Responsabilidad \$ _____
 Año _____ Nómina: \$ _____ Costos Subcontratados: _____ Ingresos Brutos: \$ _____ Prima Seguro de Responsabilidad \$ _____
 Año _____ Nómina: \$ _____ Costos Subcontratados: _____ Ingresos Brutos: \$ _____ Prima Seguro de Responsabilidad \$ _____

13. Indicar el tipo y porcentaje de trabajo de construcción que usted realizará en los próximos 12 meses:

RESIDENCIAL

COMMERCIAL

Nueva construcción residencial- No Conj.Hab.	_____ %	Construcción comercial nueva	_____ %
Nueva construcción residencial - Conj. Hab.	_____ %	Reparación/reconstrucción estructural comercial	_____ %
Rep/remodelación residencial estructural	_____ %	Reparación/reconstrucción no estructural comercial	_____ %
Rep/remodelación residencial no estructural	_____ %	Construcción industrial nueva	_____ %
Otro: _____	_____ %	Reparación/reconstrucción estructural industrial	_____ %
		Reparación/reconstrucción no estructural industrial	_____ %
Total	100%	Total	100%

14. Si se realiza trabajo de conj. habitacional dar el número máximo de viviendas en el complejo: _____

15. ¿A realizado trabajo(s) por honorarios o con costo de material/labor pagado por otros? Si No
 Si responde "Sí" por favor explique: _____

16. Utilizando el porcentaje de nóminas (bajo *Directo*) y de los costos de subcontratación (bajo *Substituido*), indique el porcentaje anticipado del trabajo de construcción que usted realizará en 12 meses:

Tipo de Trabajo	% Directo	% Subst	Tipo de Trabajo	% Directo	% Subst	Tipo de Trabajo	% Directo	% Subst
Carpintería			Nivelación			Techado		
Carpintería-Interior			Insulacion			Adaptación Sísmico		
Cemento – Pavimento			Mantenimiento			Desagüe		
Cemento – Cimientos			Albañilería			Acero/Estructural		
Demolición			Mecánico			Acero/Ornamental		
Perforación			Pintura			Calle/Carretera		
Reparacion Por Terremotos			EnSiado			Sólo Supervisión		
Eléctrico			Plomería			Tubería de Agua/Gas		
Excavación			Otro (Describir):					

17. Describa los tres proyectos más grandes, incluya el costo total, que realizó durante los últimos cinco años:

18. Nombre los proyectos actuales o aquellos programados para los próximos doce meses: (Adjunte hoja separada si es necesario).

Ubicación	Tipo de Trabajo	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Costo de Proyecto
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

19. ¿Ha estado involucrado o ha subcontratado cualquier trabajo que involucre explosiones, desechos peligrosos, asbesto, moho, policlorodifenilo, auxilio vital médico/industrial, campo petrolífero, presas, dique, o canteras, tanques de combustible, cañerías? Si No

Si responde "Sí" por favor explique: _____

20. ¿Ha usted o sus subcontratistas realizado o realizarán algún trabajo bajo grado? Si No

Profundidad Máxima: _____ % de operaciones: _____.

¿Algún trabajo de apuntalamiento, recalzado de cimientos, ataguía, cimentación de cajón? Si No

Si responde "Sí" por favor explique: _____

21. ¿Realiza instalaciones o reparaciones de Sistemas de Supresión de Incendios? Si No

22. ¿Usted o sus empleados han trabajado trabajarán bajo la Ley de Estibadores y Trabajadores Portuarios de Estados Unidos y Ley Marítima Jones? Si No

23. ¿Si utiliza sub-contratistas, complete lo siguiente:

a. ¿Siempre obtiene certificados de seguro de los sub-contratistas? Si No

b. ¿Qué límite de Responsabilidad General se requiere? _____

c. ¿Siempre pide que los sub-contratistas lo nombren como asegurado adicional? Si No

d. ¿Tiene un contrato escrito formal estándar con los sub-contratistas? Si No

e. Si es sí, ¿tiene un acuerdo de indemnización o exención de responsabilidad? Si No

24. ¿Su trabajo involucrará la construcción de, o será para, condominios o casas adosadas/townhouse? Si No

Si es sí, ¿es el trabajo una construcción nueva? Si No

¿O para propietarios de unidades individuales y la asociaciones de propietarios? Si No

¿O sólo para el propietario de la unidad individual? Si No

25. ¿Ha convertido o convertirá apartamentos en condominios? Si No

26. ¿Usted realiza o realizará trabaja a una altura mayor de 30 pies? Si No

Si responde "Sí" por favor explique: _____

27. ¿Realiza o realizará trabajo en laderas? Si No

Si es "Sí", ¿cuál es el máximo grado de cuesta en la que usted trabajará? _____.

28. Durante los últimos tres años, algún asegurador le canceló, rechazó, denegó algún seguro similar, o ha alguna compañía de finanzas le canceló por no pagar su prima? Si No

Si responde "Sí" por favor explique: _____

29. ¿Se ha presentado una demanda o reclamo contra su compañía o cualquiera sociedad o sociedad mixta de la que usted ha sido miembro o sus predecesores del negocio de su compañía, o contra cualquier persona, compañía o entidades de las que su compañía ha asumido responsabilidad? Si No
(En relación de este aplicación, un reclamo significa recibir una demanda por dinero, servicios o arbitraje)
Si responde "Sí" por favor explique: _____

30. ¿Tiene su compañía conocimiento de cualquier hecho, circunstancia, incidente, situación, daño o accidente (incluyendo entre otros: trabajo defectuoso o imperfecto, falla de producto, disputa de construcción, daño a la propiedad o lesión de trabajador de construcción) por el cual una persona prudente podría iniciar un reclamo o demanda, sea válido o no, que podría involucrar directa o indirectamente a la compañía? Si No
Si responde "Sí" por favor explique: _____

FAVOR DE LEER CUIDASAMENTE

El Solicitante abajo firmante garantiza que las declaraciones y los detalles arriba, junto con cualquier documento o material adjunto ("esta Solicitud"), son verdaderos y completos y no falsean, distorsionan u omiten ningún hecho material. Además, el Solicitante autoriza a la Compañía, como director administrativo y de revisión, a llevar a cabo una investigación y averiguación en conexión con la Solicitud cuando se considere necesario.

El Solicitante está de acuerdo en informar a la Compañía sobre cambios materiales en las respuestas a las preguntas en esta Solicitud que pudieran surgir antes de la fecha de entrada en vigencia de cualquier póliza emitida de conformidad a esta Solicitud y el Solicitante entiende que cualquiera de las citas pendientes podrían modificarse o retirarse basándose en esos cambios a discreción de la Compañía.

Sin perjuicio de lo anterior, el Solicitante entiende que la Compañía no está obligada ni tiene el deber de emitir una póliza de seguro basándose en esta Solicitud. El Solicitante además entiende que, si se emite una póliza, esta Solicitud será incorporada a y formará parte de dicha póliza.

Firma del Solicitante: * _____

Título (Propietario, Director, Solicitante): _____

Fecha: _____

EL FIRMAR ESTE CUESTIONARIO NO OBLIGA A ESTE SOLICITANTE O EL ASEGURADO O EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y DE REVISIÓN A COMPLETAR ESTE SEGURO.

*** Debe ser firmado por el propietario, director ejecutivo o socio de la compañía.**