

**INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA EL  
 SEGURO DE OPERADORES PORTUARIOS**

DEL OPERADOR			
RAZÓN SOCIAL		AÑO DE CONSTITUCIÓN	
REPRESENTANTE LEGAL		DOMICILIO	
TELÉFONO	FAX	No. TOTAL DE EMPLEADOS	
OTRAS OFICINAS			
ACTIVIDADES REALIZADAS (Marcar con una X las actividades que desarrolla)			
ESTIBA / DESESTIBA	<input type="checkbox"/>	MOVILIZACIÓN DE MERCANCIAS EN PUERTO	<input type="checkbox"/>
CARGUE / DESCARGUE DE EMBARCACIONES	<input type="checkbox"/>	TARJA	<input type="checkbox"/>
CARGUE / DESCARGUE DE CAMIONES	<input type="checkbox"/>	DESPACHO DE MERCANCÍA	<input type="checkbox"/>
VACIADO / LLENADO DE CONTENEDORES	<input type="checkbox"/>	PRACTICAJE / PILOTAJE	<input type="checkbox"/>
ALMACENAMIENTO DE MERCANCIAS	<input type="checkbox"/>	LABOR DE ASISTENCIA CON REMOLCADOR	<input type="checkbox"/>
ALMACENAJE A LARGO PLAZO	<input type="checkbox"/>	SERVICIO DE FUMIGACIÓN	<input type="checkbox"/>
PROMEDIO EN DÍAS _____		EXTRACCIÓN DE RESIDUOS DE LAS EMBARCACIONES	<input type="checkbox"/>
REPARACIÓN:			
CONTENEDORES <input type="checkbox"/>	EMBARCACIONES <input type="checkbox"/>	SUMINISTRO DE: PERSONAL <input type="checkbox"/>	MONTACARGAS <input type="checkbox"/>
TRAILERS <input type="checkbox"/>	EQUIPOS <input type="checkbox"/>	VÍVERES <input type="checkbox"/>	COMBUSTIBLE <input type="checkbox"/>
LUBRICANTES <input type="checkbox"/>			
ESPECIFICAR CUALQUIER OTRO SERVICIO			
SUBCONTRATAN ALGÚN SERVICIO? ESPECIFICAR:			
AREA DE OPERACIONES			
SPR TUMACO <input type="checkbox"/>	SPR COVEÑAS <input type="checkbox"/>	CONTECAR <input type="checkbox"/>	SPR BARRANQUILLA <input type="checkbox"/>
SPR BUENAVENTURA <input type="checkbox"/>			
OTROS _____			
SUMA ASEGURADA DE RESPONSABILIDAD CIVIL SOLICITADA:			
DE LAS INSTALACIONES			
UBICACIÓN		PROPIAS <input type="checkbox"/>	ALQUILADAS <input type="checkbox"/>
AREA DE ALMACENAMIENTO			
VALORACIÓN DE LAS INSTALACIONES			
PRECAUCIONES CONTRA INCENDIO / SEGURIDAD GENERAL (NÚMERO):			
_____ EXTINGUIDORES	_____ SPRINKLERS		
_____ BOMBAS DE AGUA	_____ BRIGADA CONTRA INCENDIO	OTROS _____	
CONTRATOS CON LOS CLIENTES			
POSEEN ALGÚN CONTRATO Y DE QUÉ TIPO			
CONTRATOS INDIVIDUALES CON CADA CLIENTE			
TARIFAS PORTUARIAS			
TIPO DE RESPONSABILIDAD BAJO ESTOS CONTRATOS		NINGUNA <input type="checkbox"/>	ILIMITADA <input type="checkbox"/>
		LIMITADA <input type="checkbox"/>	
OTRAS _____			

**VOLÚMEN DE MOVILIZACIÓN**

INDICAR EL MOVIMIENTO ESTIMADO PARA ESTE AÑO Y EL AUMENTO PORCENTUAL ESPERADO PARA EL PRÓXIMO AÑO

INGRESOS BRUTOS	AÑO ACTUAL	PROYECCIÓN AÑO SIGUIENTE
POR ACTIVIDAD PORTUARIA		
UTILIDAD BRUTA ANUAL		
TEUS		
CARGA GENERAL		
GRANEL SÓLIDO		
GRANEL LÍQUIDO		
VEHÍCULOS		
OTROS		

SEGÚN LO EXPUESTO ARRIBA ESPECIFICAR:

% DE CARGA PELIGROSA

% DE CARGA REFRIGERADA

**EQUIPO PORTUARIO**

ADJUNTAR LISTADO DE EQUIPOS A SER ASEGURADOS ESTIPULANDO SI SON PROPIOS O NO.

DESCRIPCIÓN	CAPACIDAD	EDAD	VALOR DE REPOSICIÓN (c/u)	PROPIO	
				SI	NO

**REGISTRO DE SINIESTROS**

INDIQUEN A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES QUE LES HAN SIDO PRESENTADAS, LAS LIQUIDADAS Y LAS PENDIENTES, DURANTE OS ÚLTIMOS 4 AÑOS AUNQUE NO HAYAN ESTADO ASEGURADOS, LOS SINIESTROS PENDIENTES ESTIMADOS DE LOS QUE PUDIERAN SER RESPONSABLES (NO EL IMPORTE RECLAMADO), POR EJEMPLO EL IMPORTE QUE LIMITARÍA SU RESPONSABILIDAD BAJO LAS CONDICIONES DE LOS CONTRATOS CON SUS CLIENTES.

AÑO	DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL PÉRDIDA	VALOR PAGADO TOTAL

INDICAR EN HOJA APARTE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RELATIVA AL SEGURO DE SU NEGOCIO.

FAVOR REMITIR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO A:

SUCURSAL \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_