

## SOLICITUD PARA SEGURO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

Solicito de Seguros Unidos S.A. Compañía de Seguros, el otorgamiento de una garantía de (Seleccionar con una "X" el sector / tipo):

SECTOR	
Público	
Privado	

Para Uso Interno		
Agente de Seguros:		
Tasa:		
Aprobación:	Legal	
	Técnica	
Póliza No.		

De acuerdo a las especificaciones, límites e información a continuación detallada:

**SOLICITANTE/AFIANZADO/CONTRATISTA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**CI/RUC:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO Y/O CELULAR:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**CI/RUC:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO Y/O CELULAR:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL:**

**MONTO DEL CONTRATO:**

**US\$**

-
---

**MONTO DE LA GARANTÍA:**

**US\$**

-
---

que corresponde al

-
---

% del Monto del Contrato.

**FECHA DE INICIO DE VIGENCIA:** DIA: \_\_\_\_ MES: \_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_

**PLAZO DE LA GARANTÍA (DÍAS):** \_\_\_\_\_

**OBJETO DEL CONTRATO (descripción del riesgo a garantizar):**


**Nº Registro SCVS-16-27-SF-25-937004422-11012023**

QUITO: Santa María E4-333 y Av. Amazonas Esq. Edificio Tarqui 7mo Piso. PBX: (593-2) 6007-700 – Casilla 1703-73

GUAYAQUIL: Av. Las Lomas 407 entre Calle 4ta y 5ta, Urdesa Central PBX: (593-4) 6007-700

CUENCA: Av. Gran Colombia 22-252 y de los Manzaneros. PBX: (593-7) 2840-080

**CONTRAGARANTÍAS REALES:**

<b>HIPOTECA</b>	<b>US\$</b>	_____	<b>CONVENIO</b>	<b>US\$</b>	_____
<b>PRENDA</b>	<b>US\$</b>	_____	<b>OTRAS</b>	<b>US\$</b>	_____
<b>PAGARÉ</b>	<b>US\$</b>	_____			

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A la presentación por parte de ustedes de una simple comunicación escrita, en la que se indique que se ha efectuado el pago en virtud de esta póliza, me obligo a reembolsar a Seguros Unidos S.A., el valor de los desembolsos hechos por mi cuenta, en relación con la póliza aquí solicitada.

Igualmente me obligo a entregar el original de la póliza o una certificación del beneficiario en la que conste su cancelación al vencimiento de la misma. De no ser posible lo anterior, me obligo a reembolsar a Seguros Unidos S.A., todos los pagos que por concepto de indemnización esta efectuare con posterioridad al vencimiento, como así mismo a pagar las primas, derechos de emisión, renovaciones u otros gastos que de la emisión de esta póliza se deriven, pudiendo la Compañía proceder en la forma que lo estime conveniente, para hacer efectivas contra el suscrito las garantías que hubiere constituido para responder de esta fianza o contra los garantes propuestos.

Conocedor(a) de las penas de perjurio declaro bajo juramento que los bienes y valores registrados en este documento, así como los que resultaren de la aplicación del presente, tiene origen y destino lícitos y no promueven actividades prohibidas por las leyes del Ecuador e internacionales. De igual manera declaro que la información proporcionada es verdadera, correcta y actualizada por lo tanto es de mi exclusiva responsabilidad cualquier omisión o falsedad. Autorizo a SEGUROS UNIDOS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, a verificar por otros medios la información proporcionada en este documento, inclusive a la verificación de mi estado crediticio por Buró de Crédito y la comprobación de esta declaración e informar a las autoridades competentes en caso de investigación y/o determinación de transacciones que se consideren inusuales e injustificadas en relación a mis actividades y movimientos comerciales y/o contractuales. Eximo a SEGUROS UNIDOS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, de toda responsabilidad, civil, penal o administrativa, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

De la misma manera declaro que no he ocultado ni existe un hecho que pueda agravar el amparo solicitado y que de conocerlo, la Compañía podría retraerse de otorgarme la cobertura, lo mismo que no tengo conocimiento de hecho alguno que haga presumir el acaecimiento de un siniestro sobre el riesgo que solicito se ampare por la Compañía.

Declaro conocer el texto y condiciones particulares y generales de la póliza que expiden y manifiesto mi conformidad con ellas.

Lugar y Fecha: .....

\_\_\_\_\_  
**EL CONTRATISTA (Solicitante)**\_\_\_\_\_  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS****Nº Registro SCVS-16-27-SF-25-937004422-11012023**

QUITO: Santa María E4-333 y Av. Amazonas Esq. Edificio Tarqui 7mo Piso. PBX: (593-2) 6007-700 – Casilla 1703-73

GUAYAQUIL: Av. Las Lomas 407 entre Calle 4ta y 5ta, Urdesa Central PBX: (593-4) 6007-700

CUENCA: Av. Gran Colombia 22-252 y de los Manzaneros. PBX: (593-7) 2840-080