

**SOLICITUD DE SEGURO PARA COMERCIOS.**

| 1. Tomador                                  |                |      |
|---|----------------|------|
| Tomador:                                    | CIF/NIF:       |      |
| Domicilio Social:                           |                |      |
| Población/Ciudad:                           | Código Postal: |      |
| Teléfono:                                   | Móvil:         | Fax: |
| Email:                                      | Web:           |      |
| Nombre y Apellidos de la persona que firma: |                |      |

| 2. Actividad           |
|------------------------|
| Describe su actividad: |
| Nº de Empleados:       |

| 3. Situación del Riesgo   |                |
|---|----------------|
| Dirección:  |                |
| Población/Ciudad:   | Código Postal: |
| Situación: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Despoblado <input type="checkbox"/> |                |

| 4. Datos del Inmueble  |                      |                     |
|--|----------------------|---------------------|
| Superficie: m <sup>2</sup>   | Año de construcción: | Año última reforma: |
| Marque lo que proceda: Propietario <input type="checkbox"/> Inquilino <input type="checkbox"/> |                      |                     |
| Indique las reformas realizadas (Conducciones, electricidad...):                               |                      |                     |

| 5. Medidas de seguridad   |
|---|
| Ubicación: En centro comercial <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> En altura <input type="checkbox"/> . Indicar piso:                          |
| Tipo de puerta de acceso al inmueble (blindada, metálica, madera):  |
| Dispone de cierres metálicos: No <input type="checkbox"/> Sí, ciegos <input type="checkbox"/> Sí, no ciegos <input type="checkbox"/> .                            |
| ¿Existe algún hueco accesible no protegido?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |
| Rejas en ventanas (si existen): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |
| Alarma contra intrusión: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . ¿Conectada a central?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Extintores <input type="checkbox"/> Bies <input type="checkbox"/> Hidrantes <input type="checkbox"/> Rociadores <input type="checkbox"/> Otros:                   |
| Alarma contra incendios: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . ¿Conectada a central?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Otras (Video vigilancia, cristales blindados, seguridad 24 h):  |

| 6. Seguro actual |              |          |
|------------------|--------------|----------|
| Asegurador:      | Vencimiento: | Prima: € |

| 7. Capitales  |                         |
|---|-------------------------|
| Continente y/o Obras de reforma: €  |                         |
| Contenido   | Mobiliario: €           |
|   | Equipos informáticos: € |
|   | Maquinaria: €           |
|   | Existencias: €          |
| Responsabilidad Civil: 150.000 € <input type="checkbox"/> 300.000 € <input type="checkbox"/> 600.000 € <input type="checkbox"/> Otro: € |                         |
| ¿Desea contratar paralización de actividad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .                                   |                         |
| En base a: Gastos permanentes <input type="checkbox"/> Beneficio bruto <input type="checkbox"/> . Indique la cifra anual: €             |                         |

| 8. Observaciones |
|------------------|
|                  |

### DECLARACIÓN:

El abajo firmante declara, en su nombre y en de la Sociedad, y tras haber indagado debidamente, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas. Así mismo, se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud. La firma de esta solicitud **NO** obliga al firmante a la formalización del seguro propuesto.

Firmado: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Sociedad: \_\_\_\_\_ Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_\_

El firmante autoriza a RUIZ & ANDICOBERRY a que sus datos personales y/o empresariales sean incorporados a ficheros automatizados o no, sometidos a tratamiento informático y conservándolos, con independencia de que se llegue a formalizar o no un contrato de seguro, o posteriormente se mantenga o no el mismo en vigor, a efectos de control, gestión, tramitación de siniestros, estadísticos y remisión de comunicaciones por cualquier medio. Así mismo, autoriza a que sus datos sean cedidos total o parcialmente a entidades aseguradoras en los procesos de cotización, contratación, gestión, administración y/o tramitación de siniestros de sus contratos de seguro. El solicitante cuenta con los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de sus datos. Así mismo podrá revocar el consentimiento de cesión de los datos prestados.

[www.ruizandicoberry.com](http://www.ruizandicoberry.com)

Seguro Comercios.