

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA AUTÓNOMOS.

1. TOMADOR

Tomador: _____ NIF: _____

Domicilio Social: _____

Población/Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ Fax: _____

Email: _____ Web: _____

Nombre y Apellidos de la persona que firma: _____

2. INFORMACIÓN ADICIONAL

2.1. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación? Si No

¿Tiene conocimiento de cualquier circunstancia que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación?. Si No

En caso afirmativo en cualquiera de las preguntas anteriores, por favor facilite información detallada sobre la fecha de reclamación, el importe reclamado, valoración, reservas pendientes y pagos efectuados, así como una descripción de los hechos causantes.

2.2. Límite de capital asegurado que solicita:

150.000 € 300.000 € 450.000 € 600.000 € 1.000.000 € €

Franquicia que desea asumir: _____ €

2.3. ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil? Si No

En caso afirmativo, por favor de detalles:

Nombre del Asegurador: _____ Límite de Indemnización: _____ €

Prima: _____ € Franquicia: _____ € Fecha Vencimiento: _____

3. ACTIVIDAD / FACTURACIÓN

3.1. Descripción completa y detallada de la actividad:

3.2. Facturación / Ingresos Brutos por Honorarios.

	Último Ejercicio Cerrado	Estimación Ejercicio en Curso
Facturación	€	€

3.3. Fecha de comienzo de actividades: _____

3.4. Ámbito geográfico. ¿Dónde realizan los trabajos?

España	%
Unión Europea	%
EEUU y Canadá	%
Resto del Mundo (* Especificar)	%
TOTAL:	100 %

* Resto del mundo: _____

3.5. Plantilla:

Nº Total Empleados	
--------------------	--

DECLARACIÓN:

El abajo firmante declara, que 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. Se acuerda que esta solicitud, junto con cualquier otra información facilitada, se adjuntará y constituirá parte de la Póliza, formando la base del contrato de Seguro. La firma de esta solicitud **NO** obliga al firmante a la formalización del seguro propuesto.

Firmado: _____ Fecha (día/mes/año): _____

* El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que este legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de responsabilidad civil. Es importante que el firmante de esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda ruego contacten con nosotros, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.

El firmante autoriza a RUIZ & ANDICOBERRY a que sus datos personales y/o empresariales sean incorporados a ficheros automatizados o no, sometiéndolos 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