



CUESTIONARIO – RESPONSABILIDAD CIVIL – EMPRESAS DE SEGURIDAD

DATOS

EFECTO: _____ **VENCIMIENTO:** _____
MEDIADOR: Salvador Tarazona Correduría de Seguros S.L. **CODIGO:** _____

TOMADOR DEL SEGURO

Nombre y apellidos, o razón social. _____
Domicilio _____ N.I.F. / C.I.F. _____
C.Postal _____ Población _____ Provincia _____
Teléfono Fax Profesión / Actividad _____

DATOS DEL ASEGURADO (en caso de existir varios Asegurados, adjuntar anexo con los datos abajo indicados)

Nombre y apellidos, o razón social _____
Domicilio _____ N.I.F. / C.I.F. _____
C.Postal _____ Población _____ Provincia _____
Teléfono _____ Fax _____ Profesión / Actividad _____
Fecha Constitución de la Sociedad _____

SITUACION DEL RIESGO

Dirección _____
C.Postal _____ Población _____ Provincia _____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO / TIPO DE EMPRESA

**ACTIVIDAD: INSTALACION Y MANTENIMIENTO DE APARATOS DIPOSITIVOS DE SISTEMAS DE SEGURIDAD
CONTRA ROBO E INTRUSION. / VIGILANCIA**

	Si	No	% Facturac.
Grupo I :			
- Instalación y reparación de Dispositivos de Seguridad contra robo e incendios, en todo tipo de actividad y establecimiento Público y/o Privado.		<input type="checkbox"/>	
- Explotación de Centrales de Alarma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Planificación y Asesoramiento de actividades de seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Personal de vigilancia tipo secundario sin uso de armas: porteros, conserjes, personal de limpieza y similares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grupo II:			
- Vigilancia y protección de bienes, en establecimientos diversos, instalaciones públicas, privadas y militares, espectáculos, certámenes o convenciones y cualquier otra actividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Protección de personas: (escortas privados).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Transporte y distribución de objetos valiosos o peligrosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Transporte, vigilancia y custodia de explosivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Uso de Armas En caso de uso, especificar utilización _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



DATOS DEL RIESGO

- a) Volumen de facturación _____ 100.000 € b) Volumen anual de salarios _____
c) Volumen de cuotas de socios _____. d) Nº de empleados fijos: _____ nº empleados eventuales _____
e) Otros _____

GARANTIAS Y SUMAS ASEGURADAS

GARANTIAS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR VICTIMA	LIMITE POR SINIESTRO/AÑO
EXPLOTACION		150.253 €	
PATRONAL		150.253 €	
BIENES CONFIADOS			
POST-TRABAJOS si / no 6 / 12 meses			
DEFENSA Y FIANZAS	INCLUIDO		
OTRAS OPCIONES A INDICAR			

FRANQUICIA (daños materiales)

	%	MINIMO	MAXIMO
General	500		

PRIMAS

PRIMA NETA	IMPUESTOS	PRIMA TOTAL

CUESTIONARIO

1. ¿Tiene algún otro seguro Contratado? En caso afirmativo indicar.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado este riesgo asegurado en otra Compañía? En caso afirmativo indicar Compañía:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Han tenido algún siniestro? En caso afirmativo indicar causas e importes.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Por qué no han renovado la Póliza?	No ajustarse la póliza al volúmen de facturación
5. ¿Existe sobre el riesgo que se propone otro seguro en Responsabilidad Civil?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Respecto de la actividad: Fecha de inicio; ubicación física: metros cuadrados aplicados a la actividad, en régimen de propiedad o alquiler; colindantes	
7. ¿Se realizan trabajos fuera del recinto de la explotación? Caso afirmativo, explicar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



8. ¿En el proceso productivo se manipulan materias líquidas, gaseosas, corrosivas, inflamables, explosivas o tóxicas?. En caso afirmativo, detallar.	Si <input type="checkbox"/>	No
9. ¿Existe custodia de Tabaco y/o Bienes Electrónicos? En caso afirmativo, explicar	Si <input type="checkbox"/>	No
10. ¿Que normativa legal resulta de aplicación a la actividad desarrollada?		
11. ¿Ha sufrido alguna inspección técnico-administrativa por parte de la administración competente en el último año? ¿Con que resultado?	Si <input type="checkbox"/>	No
12. ¿Dispone de seguro de accidentes? ¿Colectivo de empresa? ¿Individual del Tomador del Seguro? ¿ Entidad Aseguradora ?	Si	No <input type="checkbox"/> - Entidad Aseguradora.: _____
13. ¿Se controlan los productos / servicios suministrados por terceros?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14. ¿Qué tipo de siniestros pueden afectar a la empresa / Actividad a asegurar?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

El solicitante es responsable de las respuestas efectuadas. Así mismo se compromete a comunicar a la Entidad Asegurada cualquier modificación que se produzca durante el transcurso del seguro. El ejemplar de esta solicitud para el Asegurado no tendrá validez sin la firma de un apoderado de la Entidad Aseguradora. El tomador, al firmar esta solicitud, acepta y da por conocidas las cláusulas limitativas de las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza.

En base a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de 13.12, sobre Protección de Datos, el Tomador del Seguro consiente que los datos de carácter personal que pudieran constar en la presente Solicitud de Seguro sean incluidos en los ficheros de la Entidad Aseguradora.

Los datos personales serán, susceptibles de comunicación a otras Entidades aseguradoras u Organismos Públicos relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, de lucha contra el fraude o a efectos de Coaseguro o Reaseguro de riesgo.

La prestación del consentimiento a dicho tratamiento resulta imprescindible para la formalización de la relación contractual a la que se refiere el presente documento, no siendo posible sin el mismo.

El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación ante la Entidad Asegurada, en los términos previstos en la legislación de protección de datos, dirigiendo sus comunicaciones al domicilio de la Entidad.

En ____ _ a ____ _ de ____ _ de 201__

El Tomador del Seguro