

Por favor lea atentamente las siguientes notas antes de rellenar el cuestionario. Su PÓLIZA de Responsabilidad Civil Profesional está emitida en base a RECLAMACIONES. Esto significa que su PÓLIZA responde a:

- 1) RECLAMACIONES que se formulen contra el ASEGURADO por primera vez durante el PERIODO DE SEGURO y se notifiquen al ASEGURADOR durante dicho PERIODO DE SEGURO, siempre que el ASEGURADO no tenga conocimiento en ningún momento con anterioridad a la Fecha de Efecto de circunstancias que pudiera razonablemente dar lugar a una RECLAMACION y
- 2) El ASEGURADOR no será responsable bajo la PÓLIZA de RECLAMACIONES que se formulen con posterioridad a la fecha de vencimiento del PERIODO DE SEGURO aunque el evento que haya dado lugar a la reclamación haya ocurrido durante la vigencia de la PÓLIZA.

1. Datos generales

Tomador de la Póliza: ..... N.I.F.: .....

Domicilio Social: .....

Ciudad: ..... C.P.: .....

2. Información Adicional:

2.1 ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años?

Si  No

Si la respuesta es si, por favor facilite información sobre el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados, así como una descripción de los hechos causante de la reclamación.

.....  
.....  
.....

2.2 ¿Tiene usted conocimiento de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación?

Si  No

2.3 ¿Desarrolla la actividad de Coordinador de Seguridad y Salud en obras de construcción?

Si  No

¿Esta actividad le supone más de un 30% del total de las actividades? Si  No

La póliza excluye RECLAMACIONES si más del 30% de su actividad es Coordinador de Seguridad y Salud

2.4 ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional?

Si  No

En caso afirmativo, por favor de detalles:

- Nombre del Asegurador: .....
- Límite de Indemnización: .....
- Prima: .....
- Franquicia: .....
- Fecha de vencimiento de la Póliza: .....

2.5 Indique el límite de indemnización que desea suscribir:

300.000 €  600.000 €

Declaración

El abajo firmante declara, en su nombre, y tras haber indagado debidamente, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas. El abajo firmante 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 abajo firmante a la formalización del seguro propuesto. 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.

Firma (Nombre y apellidos de la persona que firma):..... Fecha (día, mes, año) ...../...../.....