

¡O RTIO KÍ! 'ENVIAR POR FAX AL Nº: 91.573.03.35

SOLICITUD - CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA DESPACHOS DE ASESORIA ACTIVIDAD "FISCAL, LABORAL Y CONTABLE"

1. TOMADOR - ASEGURADO:

NOMBRE: C.I.F. / N.I.F.....
 DIRECCIÓN:.....
 POBLACIÓN.....C.P.:.....PROVINCIA.....
 FECHA DE EFECTO :.....DE/ 2.0..... PERSONA DE CONTACTO:
 TELÉFONO:.....FAX:..... E-MAIL:

2. ACTIVIDAD DE LA EMPRESA:

Año de Constitución:..... Marcar Campos de actuación: Fiscal Contable Laboral
 Distribución por campos de actividad (%) Fiscal..... Contable..... Laboral..... Otros.....
 ¿Realiza alguna prestación de servicios fuera de su actividad? Especificar:.....
 ¿Trabaja predominantemente para alguna persona/s o entidad/des? Indicar:.....
 ¿Es miembro del Consejo de Administración, socio o accionistas de las empresas con las que trabaja?.....
 ¿Efectúa peritaciones, auditorías o informes?:.....
 Para Administración:Para temas judiciales:.....De carácter privado:.....

3. ASPECTOS ECONÓMICOS

Volumen de facturación anualidad anterior:.....Número de Empleados:.....Administrativos:..... Otros:.....
 Comparte oficina:.....Porcentaje:.....

4. RECLAMACIONES ANTERIORES:

¿Ha sufrido en los años anteriores alguna reclamación profesional o de otra índole? Indicar.....
 ¿Conoce algún hecho realizado en años anteriores que pudiera ser reclamado? Indicar.....

5. SEGUROS VIGENTES Y ANTERIORES

¿Ha tenido Póliza de R.C. Profesional anteriormente? Indicar Compañía:.....
 ¿La tiene actualmente? (Individual o a través de algún Colectivo):.....
 ¿Ha tenido anteriormente o en la actualidad, Póliza para el espacio físico del Despacho? Indicar Compañía:.....

6. COLEGIO / ASOCIACIÓN A LA QUE PERTENECE:

7. COMPAÑÍA ASEGURADORA ELEGIDA:

OPCIÓN ELEGIDA:	300.506 EUROS. <input type="checkbox"/>	601.012 EUROS. <input type="checkbox"/>
RETROACTIVIDAD :	1 AÑO <input type="checkbox"/>	5 AÑOS <input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES ADICIONALES:	Marcar la que desee contratar con la correspondiente sobreprima y tasa.	
	ABOGACÍA <input type="checkbox"/>	GESTORÍA Y TRAMITACION DE HIPOTECAS <input type="checkbox"/>
		ADMINISTRACIÓN DE FINCAS <input type="checkbox"/>
FRANQUICIA POR SINIESTRO:	10 % del siniestro. Mínimo 150 € máximo 900 <input type="checkbox"/>	

El abajo firmante declara que sus contestaciones a las preguntas que preceden son verídicas

FIRMA Y SELLO

En.....a.....de.....20.....

DOMICILIACIÓN DE RECIBOS (Si El Riesgo Y Las Primas Son Aceptadas Por La Cía. Aseguradora):

El solicitante da su consentimiento para que los recibos correspondientes al pago de la prima del seguro sean cargados a la cuenta corriente cuyos datos se indican a continuación:

CLAVE BANCO	CLAVE AGENCIA	D.C.	CLAVE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Atentamente, en.....a.....de.....20..... Fdo.:.....

Avd. Menéndez Pelayo, 25 – 1º E • 28009 Madrid Telf.: 91.504.33.88 • Fax: 91.573.03.35 • E-mail: ang@angcs.eu

TOMADOR / SOLICITANTE:.....

INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter Personal (Ley 15/99), le informamos:

Que mediante el presente documento el Solicitante del proyecto/s, de los informes técnicos o periciales y/o el Tomador del seguro **autoriza y acepta** el tratamiento, la cesión de sus datos personales, y la actualización de los mismos, suministrados voluntariamente, para todas las pólizas mediadas por esta Correduría, y para cuantos proyectos y datos sean necesarios solicitar, de acuerdo con nuestro criterio profesional, con el fin de cumplir con la actividad que nos es propia, **así como recibir información de nuestros productos. Se autoriza expresamente, aún cuando ya no existan contratos de Seguros mediados o relación contractual con la Correduría, que más abajo se cita, a la conservación de todos los datos y pólizas anuladas. No obstante, dichos consentimientos podrán ser revocados en cualquier momento.**

Sus datos de carácter personal, existentes en nuestro poder, están incorporados en un fichero automatizado propiedad de esta Correduría. La información recabada no se utilizará en ningún caso para fines comerciales de venta de datos ni análogos. El responsable del fichero es ALFREDO NÚÑEZ GONZÁLEZ, CORREDURÍA DE SEGUROS S.L, con C.I.F.: B 81505422, y con domicilio en la Avda. Menéndez Pelayo, 25 – 1º E – 28009 Madrid. Ante dicho responsable del fichero, podrán ejercerse los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la propia Ley, y en sus normas de desarrollo, mediante comunicación escrita.

En caso de que los datos facilitados se refirieran a personas físicas o jurídicas distintas del Solicitante y/o Tomador, éste deberá, con carácter previo a facilitar los mismos, informarles de todo lo contenido en los párrafos anteriores.

Que mediante el presente documento designamos a esta Correduría como mediadora, designación que el Corredor acepta, autorizándole a negociar directamente con cualquier Entidad Aseguradora, y que utilice todos los datos que sean necesarios para el estudio de nuestros seguros, necesidades o emisión de las correspondientes pólizas de seguros, tanto presentes como futuras.

INFORMACIÓN DE LA CORREDURÍA:

La Correduría no tiene vínculos de participación con ninguna Compañía Aseguradora, por lo que tratará todos los contratos con un número suficiente de Aseguradoras para garantizar su análisis técnico.

Dispone de un servicio de atención al cliente. E-mail: clientes_gam@telefonica.net

La Correduría dispone de Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil: Cía. AIG

Y capacidad financiera conforme a la Ley.

MUY IMPORTANTE: Es requisito imprescindible para tramitar su petición la firma de este documento.

En..... a de de 20.....

Firmado: Tomador
NIF:

Firmado: La Correduría

ENVIAR POR FAX AL N°: 91.573.03.35