

**SOLICITUD DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EMPRESAS DE TRABAJO TEMPORAL.**

---

**1. TOMADOR**

---

Tomador de la póliza: \_\_\_\_\_ CIF: \_\_\_\_\_

Domicilio Social: \_\_\_\_\_

Población/Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Web: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos de la persona que firma: \_\_\_\_\_

**2. ACTIVIDAD / FACTURACIÓN**

---

**2.1. Facturación Último Ejercicio Cerrado:** \_\_\_\_\_ €

**2.2. Estimación Ejercicio en Curso:** \_\_\_\_\_ €

**2.3. Fecha de comienzo de actividades:**

**2.4. Importe Anual de Masa Salarial:** \_\_\_\_\_ €

**2.5. N° de Trabajadores de Estructura:**

**2.6. N° de horas facturadas anualmente:**

**2.7. Desglose por Actividades** de las empresas usuarias a las que ceden trabajadores (Aproximado):

<b>TOTAL:</b>	<b>100 %</b>

2.8. Enumere a sus 3 principales clientes:


2.9. ¿Dónde realiza sus trabajos?

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

### 3. INFORMACIÓN ADICIONAL

---

3.1. Límite de capital asegurado:

150.000 €   
  300.000 €   
  450.000 €   
  600.000 €   
  1.000.000 €   
  \_\_\_\_\_ €

3.2. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación en los últimos 3 años o tiene usted y/o los socios/asociados conocimiento de cualquier circunstancia o hechos relevantes que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación?    Si     No

En caso afirmativo, por favor facilite información sobre el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados, así como una descripción de los hechos causantes de la reclamación.

---



---



---



---



---

3.3. ¿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: \_\_\_\_\_

**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. 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: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Sociedad: \_\_\_\_\_ 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 para la empresa que actúa como solicitante. 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, 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.