

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL AUTORIDADES Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.**

---

**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. INFORMACIÓN ADICIONAL**

**2.1.** ¿Tiene la administración pública solicitante entidades administrativas dependientes\*? Si  No

En caso afirmativo, detallar denominación, naturaleza jurídica y domicilio, de cada una de ellas.

---

---

---

---

*\* Entidades Administrativas Dependientes: Cualquier entidad, corporación o institución de derecho público sometida al control, decisión y tutela del solicitante.*

**2.2.** ¿Tiene el solicitante a representantes designados en entidades externas\*? Si  No

En caso afirmativo, detallar denominación, naturaleza jurídica y domicilio, de cada una de ellas.

---

---

---

---

*\* Entidades Externas: Cualquier entidad de derecho público en el que el solicitante tenga participación o interés para nombrar representante en su órgano de gobierno.*

**En ninguna de las definiciones anteriores se incluyen a compañías mercantiles, cajas de ahorros o instituciones financieras, ni entes de derecho público sujetos a derecho privado.**

**2.3.** ¿Desean cotización adicional para la extensión de cobertura para Arquitectos e Ingenieros en su condición de autoridades o personal al servicio de la administración? Si  No

En caso afirmativo, detallar nº de personas y funciones que desarrollan.

---

Seguro de Responsabilidad Civil para Autoridades y Administraciones Públicas.

**2.4. N° Total de Habitantes:**

*(Población censada + flotante + población de entidades administrativas dependientes).*

**2.5. N° Total de Autoridades y personal al servicio del solicitante:**

*(Funcionarios + Empleados + Cargos electos o políticos que presten servicios profesionales en la entidad solicitante o en entidades administrativas dependientes).*

**2.6. Cifra total de negocio:**

*(Se deben incluir los ingresos de las entidades administrativas dependientes)*

**3. SINIESTRALIDAD**

---

**3.1.** ¿Tiene conocimiento de reclamaciones presentadas contra cualquier autoridad, personal a su servicio o que le represente en una entidad externa? 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.

---

---

---

---

---

**3.2.** ¿Tiene conocimiento de cualquier hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a reclamaciones contra cualquier autoridad, personal a su servicio o que le represente en una entidad externa? Si  No

En caso afirmativo, especifique:

---

---

---

---

---

\* Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del asegurador. Si le queda duda a este respecto, no dude en consultarnos.

**3.3.** ¿Ha dejado de cumplir con su obligación de rendir cuentas o cualquier otra obligación de información frente al Tribunal de Cuentas u órgano equivalente? Si  No

**DECLARACIÓN:**

El abajo firmante declara, en su nombre y en de la Entidad Solicitante, 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: \_\_\_\_\_

Entidad: \_\_\_\_\_

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 profesional 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.

\*\* Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil profesional en base a reclamaciones. El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el asegurado por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.

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 otras corredurías y/o entidades aseguradoras, si fuese necesario, 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.