

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRÁCTICAS LABORALES INDEBIDAS.**

---

**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.** Detalle la Actividad de la empresa:

**2.2.** Fecha de creación de la empresa:

**2.3. Facturación Último Ejercicio Cerrado:** €

**Estimación Ejercicio en Curso:** €

**2.4.** ¿Le ha sido realizada alguna reclamación en contra de la sociedad, sus filiales, o sus administradores, directivos o empleados, en los últimos 5 años por prácticas de empleo indebidas, o tiene conocimiento de alguna circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación en ese ámbito?  
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.

---

---

---

---

---

**2.5. Plantilla:**

<b>Nº Total de Empleados:</b>		<b>A tiempo parcial:</b>		<b>A tiempo completo:</b>	
-------------------------------	--	--------------------------	--	---------------------------	--

**2.6.** ¿Ha existido en los últimos 3 años una variación anual superior al 25% en el nº total de empleados debido a dimisiones, ceses, destituciones, despidos, fusiones, adquisiciones...? Si  No

En caso afirmativo, facilite detalles.

**2.7. Límite de capital solicitado:**

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

**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 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.

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.

Seguro de Responsabilidad Civil por Prácticas Laborales.