



**3. INFORMACIÓN ADICIONAL**

---

**3.1. Límite de capital asegurado:**

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

Indique la franquicia que desea asumir: \_\_\_\_\_ €

**3.2. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación en los últimos 3 años? 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 usted y/o los socios/asociados consultados conocimiento de cualquier circunstancia o hechos relevantes que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación? 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.

**3.4. ¿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: \_\_\_\_\_

**3.5. Plantilla**

Nº de Socios:

Nº de Empleados:

**Total de Personal Titulado (incluido socios):**

TITULACIÓN	Nº

**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.

\*\* 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.