

CUESTIONARIO SEGURO RESP.CIVIL PROFESIONAL ARQUITECTOS Y/O APAREJADORES

Rogamos respondan todas las cuestiones, daten y firmen el cuestionario

Datos del Solicitante

1.1 Nombre del asegurado , NIF y Dirección

D/DÑA.
NIF/CIF
DIRECCION
CODIGO POSTAL Y POBLACION
TELEFONO CONTACTO
E-MAIL

1.2 Indique actividad: a) arquitecto superior b) arquitecto técnico /o
aparejador c) ambas titulaciones

a	b	c
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Fecha de inicio de la actividad Profesional:

1.4 Colegiado en:

Número de colegiado:

INFORMACION FINANCIERA.

Ingresos brutos por honorarios	Ejercicio económico anterior	Ejercicio económico en curso	Estimación para el año próximo
España			
Unión Europea			
Resto del mundo – (especifique)			

Cobertura Previa

Detallen a continuación los seguros de responsabilidad Civil Profesional que han tenido contratados en el Año anterior.

Período:

Aseguradora:

Límite Indemnización:

Franquicia:

Prima:

Opciones de cobertura que se desea

Especificar los límites de indemnización y los niveles de franquicia para los que desean cotización:			
	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Límite de indemnización			
Franquicia			

Coberturas opcionales a incluir

- ¿Realiza o interviene en proyectos de demolición? Si No
En caso afirmativo indicar el % sobre la facturación anual _____
- ¿Participa en UTES Profesionales? Si No

Reclamaciones y circunstancias

¿Tienen conocimiento, después de realizar las oportunas averiguaciones, de alguna reclamación que se haya efectuado contra usted o contra cualquiera de las personas físicas o jurídicas que hayan trabajado por cuenta de usted, en los últimos 5 años?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo o Gerente, después de realizar las oportunas averiguaciones, de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación contra el Despacho o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquiera de los Socios, Directores o Gerentes pasados o actuales.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>Si han contestado afirmativamente a alguna de las preguntas cada hecho o circunstancia debe detallarse previamente para obtener una cotización. Le recordamos que es necesario que conteste de forma correcta a estas preguntas. NO CONTESTAR CORRECTAMENTE PUEDE PERJUDICAR SERIAMENTE SU DERECHOS, en caso de que tenga lugar una reclamación.</p> <p><u>MOTIVO:</u></p> <p><u>IMPORTE:</u></p> <p><u>SITUACIÓN ACTUAL:</u></p>		
Firmado (NOMBRE Y APELLIDOS)	
Cargo	

FECHA de de

FIRMA (RUBRICA)

ESTE CUESTIONARIO ES UNA MERA EXPOSICION DE DATOS, Y NO OFRECE NINGÚN TIPO DE COBERTURA. DEBE GESTIONARSE POSTERIORMENTE CON LA ENTIDAD ASEGURADORA, GESTION QUE SE REALIZARA ESTANDO EN SU PODER TODA LA DOCUMENTACION NECESARIA. EL SEGURO ENTRARÁ EN VIGOR UNA VEZ ACEPTADOS LOS DATOS POR LA ENTIDAD ASEGURADORA, FORMALIZADA LA POLIZA Y PAGADO EL PRIMER RECIBO.