

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA
 PROFESIONALES Y ESTUDIOS DE TATUAJE, PIERCING Y MICROPIGMENTACIÓN**

1. ASEGURADO

Nombre y Apellidos:		
C.I.F.:	Domicilio Social:	
Localidad:	Provincia:	C.P.:
E-mail:	Telf:	Telf. Móvil:
Fecha De Constitución:	Facturación Declarada:	
Número de Empleados y Cualificación Profesional :		
Número de Socios y Cualificación Profesional:		
Actividades que realiza:		
Tatuaje	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Eliminación de tatuajes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
(en caso afirmativo indicar método): _____		
Piercing	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Micropigmentación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Quedan excluidos los tatuajes y piercing realizados en zonas genitales y lengua.		

2. RECLAMACIONES ANTERIORES

¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación profesional? SI NO
 ¿Ha sufrido en los últimos años, alguno de los empleados alguna reclamación profesional? SI NO

En caso afirmativo, indicar en hoja anexa detalles: Fecha, causa, nombre del reclamante, así como el coste económico que tuvo, si lo conociese.

3. SEGUROS VIGENTES Y ANTERIORES

¿Ha tenido alguna póliza que cubra los mismos riesgos o similares, contratada directamente o a través de algún Colegio, Asociación o similar? SI NO

Período	Cía. Aseguradora	Límite asegurado	Prima Neta	Franquicia	Fecha vencimiento

4. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Entidad	Oficina	D.C.	Nº de Cuenta (10 Dígitos)

El solicitante declara que lo escrito en esta solicitud es del todo verdad. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forman las bases de un contrato de seguro efectuado entre la Aseguradora, y el mismo. El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a la Aseguradora de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

Fdo. _____

En _____ a _____ de _____ de 2.01__