

Remitir por fax al 976 231 291
 o por mail info@kalibo.com
 Att. Departamento de Empresas

Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

1. Datos generales

Tomador de la póliza: _____ NIF/CIF: _____
 Domicilio Social: _____
 C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ Mail: _____

2. Sociedad

2.1. Número de empleados, incluyendo aquellos a tiempo parcial: _____
 2.2. Volumen de facturación consolidado (últimos 12 meses): _____
 En caso de que usted no consolide, rogamos indique el volumen de facturación del Grupo.

3. Actividad profesional. Porcentaje por actividad

- | | | | | |
|---|--|--|----------------------|---|
| 3.1. Vigilancia y protección de bienes, establecimientos, espectáculos, certámenes o convenciones. | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.2. Protección de personas determinadas, previa la autorización correspondiente. | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.3. Depósito, custodia, recuento y clasificación de monedas y billetes, títulos-valores y demás objetos que, por su valor económico y expectativas que generen, o por su peligrosidad, puedan requerir protección especial, sin perjuicio de las actividades propias de las entidades financieras. | Si <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.4. Transporte y distribución de los objetos a que se refiere el apartado anterior. | Si <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.5. Instalación y mantenimiento de aparatos, dispositivos y sistemas de seguridad. | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.5.1. Instalación y mantenimiento de aparatos, dispositivos y sistemas de protección contra incendios. | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.5.2. Instalación y mantenimiento de otros aparatos, dispositivos y sistemas de seguridad. | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.6. Explotación de centrales para la recepción, verificación y transmisión de las señales de alarmas y su comunicación a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.7. Planificación y asesoramiento de las actividades de seguridad. | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> | % |

4. Otras cuestiones

- | | | |
|---|--|--|
| 4.1. ¿Su volumen de facturación anual del último año es inferior a 1.000.000 euros? | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.2. ¿Alguno de sus contratos representa más de 300.000 euros de honorarios? | Si <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.3. ¿Procede más del 30% de su facturación total de alguna de las actividades profesionales de los apartados 3.2 ó 3.5 anteriores? | Si <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.4. ¿Desarrolla su actividad profesional o presta servicios fuera de España? | Si <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.5. ¿Usted o la sociedad tienen más de 3 años de experiencia en la actividad profesional asegurada? | Si <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.6. ¿Tiene conocimiento de reclamaciones que podrían haber estado cubiertas por esta póliza de haber estado en vigor? | Si <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.7. Después de las oportunas averiguaciones, ¿tiene conocimiento de cualquier hecho, circunstancia, alegación o incidente que pueda dar lugar a una reclamación cubierta bajo la póliza a contratar? | Si <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Nota: Si Usted ha señalado cualquiera de las casillas sombreadas, por favor, proporcione detalles adicionales (adjunte las páginas adicionales que sean necesarias).

5. Límite de indemnización por reclamación y anualidad de seguro

Señale el límite de indemnización que desea de cobertura: euros

Firmado _____ Fecha _____