

# Solicitud de Seguro

## Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

**Esta propuesta de seguro es válida para todas aquellas sociedades cuyo volumen de facturación anual sea inferior a €1.000.000.**

Se pretende que la presente propuesta de seguro se cumplimente de forma precisa y honesta. **Usted** debe facilitar toda la información, circunstancias y hechos que sean, o puedan ser, relevantes para nuestra consideración de su propuesta de seguro.

Corredor de seguros	<input type="text"/>		
1. a. <b>Tomador</b>	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text"/>		
	CP	<input type="text"/>	
CIF	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Página web	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

b. **Actividad profesional:**

a)	Vigilancia y protección de bienes, establecimientos, espectáculos, certámenes o convenciones.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
b)	Protección de personas determinadas, previa la autorización correspondiente.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
c)	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.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
d)	Transporte y distribución de los objetos a que se refiere el apartado anterior.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
e)	Instalación y mantenimiento de aparatos, dispositivos y sistemas de seguridad.		
i.	Instalación y mantenimiento de aparatos, dispositivos y sistemas de sistemas de protección contra incendios.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
ii.	Instalación y mantenimiento de otros aparatos, dispositivos y sistemas de seguridad.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
f)	Explotación de centrales para la recepción, verificación y transmisión de las señales de alarmas y su comunicación a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
g)	Planificación y asesoramiento de las actividades de seguridad.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %

c. Número de empleados (incluyendo aquellos a tiempo parcial):	<input type="text"/>
Volumen de facturación consolidado (últimos 12 meses):	<input type="text"/>
d. <i>En caso de que Usted no consolide rogamos indique el volumen de facturación total del Grupo.</i>	<input type="text"/>

# Solicitud de Seguro

## Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

2. a. ¿**Su** volumen de facturación anual del último año es inferior a €1.000.000? Sí  No
- b. ¿Alguno de sus contratos representa más de 300.000 euros de honorarios? Sí  No
- c. ¿Procede más del 30% de su facturación total de alguna de las **actividades profesionales** de los apartados b o e anteriores? Sí  No
- d. ¿Desarrolla **su actividad profesional** o presta servicios fuera de España? Sí  No
- e. ¿**Usted** o la sociedad tienen más de 3 años de experiencia en la **actividad profesional** asegurada? Sí  No
- f. ¿Tiene conocimiento de **reclamaciones** que podrían haber estado cubiertas por esta **póliza** de haber estado en vigor? Sí  No
- g. ¿Después de las oportunas averiguaciones tiene coconocimiento de cualquier hecho, circunstancia, alegación o incidente que pueda dar lugar a una **reclamación** cubierta bajo la póliza a contratar? Sí  No

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

### Su Cobertura

Límite de indemnización por reclamación y anualidad de seguro:

€

Franquicia por reclamación

€

### Condicionado Responsabilidad Civil Profesional:

Ámbito temporal: reclamaciones formuladas durante el periodo de seguro y derivadas de los actos cometidos o supuestamente cometidos durante el periodo de seguro o con anterioridad al mismo, pero con posterioridad a la fecha de retroactividad.

Fecha de retroactividad: un año antes de la fecha de efecto.

Ámbito territorial: reclamaciones presentadas en la Unión Europea

### Responsabilidad Civil General (Explotación, Patronal y Postrabajos):

Ámbito temporal: siniestros ocurridos durante el periodo de seguro, y reclamados contra el asegurado por primera vez durante el periodo de seguro o hasta veinticuatro (24) meses después de la terminación del periodo de seguro o de la última de las prórrogas de la póliza.

Ámbito territorial: responsabilidades civiles derivadas de los daños sobrevenidos en la Unión Europea y declaradas y reconocidas por los tribunales de la Unión Europea.

Sublímite por víctima en RC Patronal: 150.000 euros.

Por favor introduzca la fecha en la que desee que la póliza entre en vigor.

**La cobertura sólo comenzará tras las confirmación de cobertura por parte de la Compañía.**

## Solicitud de Seguro

### Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

#### Declaración

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado después de una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados.

Acuerdo/Acordamos que este formulario y toda información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma del Presidente, Director General o equivalente.

Fecha

**Una copia de esta propuesta debe quedar bajo su poder para su registro.**