

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: _____ NIF: _____
 Dirección: _____ Población: _____
 Provincia: _____ C.P.: _____
 Email: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____ Página Web: _____
 ¿Pertenece a alguna Asociación? SI NO

En caso afirmativo, por favor, especificar cuál: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANTILLA / AUTÓNOMO (SI PROCEDE)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Número total de empleados | |
| Número de personal titulado | |
| Número de personal administrativo | |

INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD

Descripción completa de las actividades que se desarrolla:

Desglose Global de Actividades

Arquitectura civil: _____ %
 Geología: _____ %
 Topografía: _____ %
 Prevención de Riesgos Laborales: _____ %
 Otras ingenierías: _____ %

INFORMACIÓN SOBRE FACTURACIÓN

Volumen de Facturación TOTAL:

| | 2021 | Aproximación 2022 |
|------------------------------|------|-------------------|
| España | | |
| Unión Europea | | |
| EEUU y Canadá | | |
| Resto del Mundo | | |
| Facturación Total (€) | | |

Desglose porcentualmente los honorarios previstos para 2022 entre actividades relacionadas con la Ingeniería y otras actividades. **Por favor cumplimentar sólo en el caso de que existan otras actividades distintas a Ingeniería.**

Actividades relacionadas con la Ingeniería: _____%

Actividades relacionadas con la Arquitectura.
(Conforme a la Ley 38/1999 sobre Ordenación de la Edificación): _____%

Actividades relacionadas con la Coordinación, Seguridad y Salud Laboral: _____%

Otras actividades: _____%

LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN SOLICITADO: (POR SINIESTRO Y ANUALIDAD DE SEGURO)

150.000,00 € 300.000,00 € 600.000,00 € Otros:

1.000.000,00 € 1.500.000,00 € 2.000.000,00 €

POR FAVOR APORTE DETALLES DE CUALQUIER SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL ACTUALMENTE EN VIGOR

RECLAMACIONES Y CIRCUNSTANCIAS

¿Tiene conocimiento, después de realizar las oportunas averiguaciones, de que se haya efectuado contra usted o contra cualquiera de las personas físicas o jurídicas que hayan trabajado por cuenta de usted, alguna reclamación en los últimos 5 años?

SI NO

En caso afirmativo, por favor proporcione información acerca de causas e importes reclamados, reservas pendientes y pagos efectuados en documento anexo.

¿Tiene conocimiento, después de realizar las oportunas averiguaciones, de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación contra usted o contra cualquiera de las personas físicas o jurídicas que trabajen por cuenta de usted?

SI NO

Si ha 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 SUS DERECHOS**, en caso de que tenga lugar una reclamación.

MOTIVO: _____

IMPORTE: _____

SITUACIÓN ACTUAL: _____

NOTA: Un hecho, circunstancia o incidente que pueda dar lugar a una Reclamación debe interpretarse en el sentido más amplio posible. Por favor, consulte con su mediador de Seguros para que le asesore en este punto. En todo caso para que no haya dudas sobre el sentido de la pregunta, debe Ud. declarar cualquier incidencia relacionada con su actividad profesional que exceda de la más estricta normalidad o habitualidad. En particular, cualquier notificación, incidencia o intervención ante cualquier Tribunal o Autoridad, judicial, arbitral o administrativa o en cualquier procedimiento o expediente, cualquiera que sea la calidad en la que Ud. se vea afectado por la incidencia, reciba la notificación o intervenga ante el Tribunal o autoridad, o en el procedimiento o expediente, puede constituir un hecho relevante que debe ser declarado.

DECLARACIONES

Declaro que las informaciones comunicadas en este cuestionario son verdaderas y que no he omitido voluntariamente ni suprimido cualquier hecho. Acepto que las declaraciones hechas en este cuestionario, así como la información facilitada en otros documentos sirven de base a la póliza y forman parte de la misma. Asimismo, me comprometo a informar al Asegurador de cualquier modificación a estas declaraciones que pudiera tener lugar entre la fecha de este cuestionario y la fecha de efecto de la póliza.

Firma:

Fecha:

Solicitamos su autorización para el envío de información comercial sobre productos y servicios que puedan ser de su interés.

SI NO

Le informamos que ALKORA EBS CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. es una correduría de seguros que tratará los datos facilitados a través del siguiente formulario con el fin de llevar a cabo la valoración, selección y tarificación de riesgos para el ofrecimiento de productos y/o servicios de seguros, prestación de servicios de asesoramiento independiente, profesional e imparcial en materia de seguros, antes y después de la contratación de los productos y/o servicios, y envío de comunicaciones comerciales sobre productos de seguros. Sus datos no serán comunicados a terceros salvo por obligación legal. Podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, a través de la siguiente dirección: ejerciciodederechosRGPD@alkora.es. **Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en <https://www.alkora.es/politicadeprivacidad>**