

CUESTIONARIO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE PROPOSAL FORM

1.	Nombre Completo del Tomador / Full Name of the Policyholder:
2.	Dirección / Address:
3.	N.I.F. / V.A.T. Number:
4.	Asegurados Adicionales, por favor indicar sus intereses (ej. Contratista, empresa de mantenimiento, etc.) / Additional Insureds - please, indicate their interest (i.e. contractor, maintenance company, etc.):
5.	Descripción completa de la actividad/es (en caso de dedicarse a más de una actividad, señalar las principales, indicando porcentaje) / Full description of business activities (if more than one, indicate the main ones and percentage):
4.	Fecha inicio de la actividad/es / Date of commencement of the business activities:
5.	Facturación total último ejercicio / Last year's total turnover:
6.	Facturación total estimada para el periodo de cobertura / Estimated total turnover for the coverage period:
7.	Número de empleados/ Number of employees:
8.	Ámbito geográfico de actuación (en caso de incluir USA y/o Canadá, indicar porcentaje) / Territorial scope (if USA and/or Canada included, indicate percentage):
9.	¿Se subcontratan trabajos? (en caso afirmativo indicar porcentaje) / Are works subcontracted? (if yes, indicate percentage):



10.	<p>¿La empresa gestiona o produce residuos tóxicos o peligrosos? (en caso afirmativo indicar tipo) / Does the company manage or produce toxic or dangerous waste? (if yes, indicate type):</p> <p>.....</p>												
11.	<p>Fecha de efecto / renovación de la presente póliza / Inception date / renewal date of current policy:</p>												
12.	<p>¿Ha tenido el asegurado alguna reclamación de responsabilidad civil durante los últimos cinco años? / Has the insured had any liability claims during the last 5 years? Si/ Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso de que su respuesta sea positiva, por favor facilite la siguiente información / If yes, please provide the following information:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Breve detalle del incidente / Brief details of each incident</th> <th>Fecha siniestro / Date of loss</th> <th>Importe pagado - reservado / Amount paid – outstanding *</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Indicar pago o reserva sin aplicación de franquicia/ Indicate paid or o/s amount from the ground up.</p>	Breve detalle del incidente / Brief details of each incident	Fecha siniestro / Date of loss	Importe pagado - reservado / Amount paid – outstanding *
Breve detalle del incidente / Brief details of each incident	Fecha siniestro / Date of loss	Importe pagado - reservado / Amount paid – outstanding *											
.....											
.....											
.....											
13.	<p>Limite de Indemnización solicitado/ Limit of Indemnity required:</p> <p>600.000 € <input type="checkbox"/> 1.000.000 € <input type="checkbox"/> 1.500.000 € <input type="checkbox"/> 3.000.000 € <input type="checkbox"/> 5.000.000 € <input type="checkbox"/> Otros/ Other € <input type="checkbox"/></p>												
14.	<p>Sublimite de Indemnización para la patronal solicitado /Sublimit of Indemnity for Patronal Liability required:</p> <p>150.000 € <input type="checkbox"/> 300.000 € <input type="checkbox"/> Otros/ Other € <input type="checkbox"/></p>												
15.	<p>Franquicia solicitada /Deductible required:</p> <p>1.500 € <input type="checkbox"/> 10.000 € <input type="checkbox"/> 30.000 € <input type="checkbox"/> Otros/ Other € <input type="checkbox"/></p>												

Firma / Nombre/ Empresa/ Cargo que desempeña
Signature/ Name/ Company/ Position Held

Fecha: 201..
Date: 201..

.....

