

CUESTIONARIO EMPRESAS

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: _____

N.I.F. / C.I.F. del Asegurado: _____

Situación del Riesgo

Dirección: _____

Código Postal: _____

Localidad: _____

Actividad

Actividad: _____

Descripción: (indicar proceso productivo y tipos de productos):

Realiza trabajos de instalación y/o montaje: No Si ¿Cuáles? _____

Produce aguas residuales: No Si

Produce vertidos tóxicos o peligrosos: No

Nº Empleados: _____ Facturación: _____

Características / Edificación

- Carpintería / Madera No Si % sobre el total : _____
- Plásticos No Si % sobre el total : _____
- Pinturas, barnices No Si % sobre el total : _____
- Empleo de calor No Si Directo Indirecto
- Aspiración automática No Si
- Soldadura No Si

• Colindantes

- Riesgos contiguos o próximos No Si
Separación _____m Actividad: _____

• Edificación

- Nº de edificios _____ Nº de plantas: _____ Superficie: _____m²
- Titularidad Propiedad Alquiler
- Situación Casco urbano Polígono industrial Despoblado
- Cerramientos/estructuras Incombustibles Combustibles _____ %
(Se consideran combustibles madera, recubrimientos y placas sándwich, polietileno, porexpan, etc.)
- Cubiertas y falsos techos Incombustibles Combustibles _____ %
Se consideran Combustibles fibrocemento, teja, cerámica, fibra de vidrio, lana, mineral, yeso, etc.

Coberturas

• Continente	<input type="checkbox"/> Valor total	<input type="checkbox"/> Obras de reforma.....	_____
• Mobiliario e instalaciones.....			_____
• Maquinaria.....			_____
• Existencias promedio.....			_____
• Existencias fijas.....			_____
• Existencias flotantes.....			_____
• Equipos electrónicos.....			_____
• Bienes refrigerados.....			_____
• Vehículos en reposo.....			_____
• Solo talleres			
- Valor vehículos de terceros.....			_____
- Valor vehículos nuevos.....			_____

Garantías

• Incendio y complementarios	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
• Daños por agua	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
• Rotura de cristales, rótulos, etc.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Importe: _____
• Robo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	% _____
• Daños eléctricos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Importe: _____
• Equipos electrónicos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Importe: _____
• Avería de maquinaria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Importe: _____
• Bienes refrigerados	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Importe: _____
• Pérdida de beneficios			
- Indemnización diaria			_____
<input type="checkbox"/> 3 Meses <input type="checkbox"/> 6 Meses			
- Gastos fijos			_____
- Beneficios brutos			_____
• Responsabilidad civil			
- Explotación			_____
- Patronal			_____
- Productos			_____
- Post trabajos			_____
- Trabajos en el exterior			_____
- Contaminación			_____
- Locativa			_____

Observaciones

Fecha: ___/___/___ Colaborador: _____