

## CUESTIONARIO RESPONSABILIDAD CIVIL EMPRESAS

### Datos del asegurado

- Nombre:
- DNI / CIF

### Características Del Riesgo

Domicilio del riesgo \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_  
Actividad \_\_\_\_\_  
Ámbito ☐ Nacional ☐ España y Portugal ☐ U.E.  
☐ Resto de mundo (excluido USA y Canadá) ☐ Incluido USA y Canadá

### Bases de cálculo

Bases ☐ Facturación \_\_\_\_\_ € ☐ Empleados Nº \_\_\_\_\_ ☐ Otros \_\_\_\_\_

### Coberturas/sumas aseguradas

|                   |                                                         |                |
|-------------------|---------------------------------------------------------|----------------|
| Explotación       | <input type="checkbox"/> Si                             | Límite _____ € |
| Patronal          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Límite _____ € |
| Cruzada           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                |
| Inmobiliaria      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                |
| Locativa          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                |
| Subsidiaria       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                |
| Colindantes       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                |
| Uso explosivos    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                |
| Pre-existent      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                |
| Post-Trabajos     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Meses : _____  |
| Productos         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                |
| Profesional       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |                |
| Defensa y fianzas | <input type="checkbox"/> Incluido                       |                |

### Observaciones

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Colaborador. \_\_\_\_\_