

Oficina

Ejecutivo comercial

Cotización

Emisión

Datos del tomador

Nombre y apellidos / Razon social

NIF

Teléfono

Domicilio

Población

Código Postal

Datos del Asegurado

Nombre y apellidos / Razon social

NIF

Domicilio

Población

Código Postal

Beneficiario

Nombre y apellidos / Razon social

NIF

Declaraciones sobre el riesgo a asegurar. Rogamos nos faciliten la máxima información. Marcar con una cruz la respuesta correcta.

1-Situación del riesgo

Domicilio

Población

Código Postal

Actividad/Proceso de fabricación: _____

Productos inflamables o explosivos

SI NO Producto _____ Almacenamiento en _____

2-Bienes asegurados:

Máquina año de fabricación N° identificación Valor Reposición Garantía de fabricante Contrato de mantenimiento

3-Descripción

Características del local: Local Piso Nave Otros _____

Describir construcción _____

Superficie ocupada _____ m² Año Construcción _____

Describir colindantes _____

4- Medidas de protección contra incendio

- Extintores móviles Bocas de Incendio Equipadas (BIE) Columnas Hidrantes Exteriores
 Red de Agua de uso exclusivo SI NO Vigilancia Permanente
 Vehículos autobombas Distancia al Parque de Bomberos más próximo ____ Km
 Número de Bombas: ____ Tipo _____
 Detectores automáticos con protección total Parcial Indicar donde _____
 Rociadores automáticos con protección total Parcial Indicar donde _____
 (Sprinklers) Otras Medidas de Seguridad Detallar: _____

5- Medidas de protección contra robo

- Existen ventanas o huecos a menos de 5 mts. del suelo o marquesinas: SI NO
 Se hallan dichas ventanas o huecos protegidos por rejas fijas ó persianas metálicas: SI NO
 El riesgo está situado en planta baja SI NO La altura entre el suelo y la cubierta es de _____ mts.
 La cubierta es de mampostería sin tragaluces ni huecos SI NO Hay acceso a la misma SI NO
 En caso afirmativo, con puerta que solo puede ser abierta desde el interior SI NO
 Otros tipos, especificar: _____
 Está situado a más de 1 Km de núcleo urbano de más de 50 viviendas o 500 habitantes: SI NO
 Los locales pueden permanecer cerrados sin vigilancia por más de 30 días consecutivos SI NO
 Con vigilancia permanente en interior: SI NO Rondas controladas por reloj SI NO
 Se halla situado en un Polígono Industrial con Vigilantes Jurados: SI NO
 La industria dispone de protección electrónica: SI NO
 En caso afirmativo especificar: _____
 Protección electrónica con contactos de apertura en todas las puertas y detectores ó cintas de rotura de cristal en el resto de huecos accesibles y dispositivos de señalización de alarma acústica y óptica difícilmente alcanzable desde el exterior y central de señalización y control autoprotegida, con batería autorecargable de autonomía mínima de 24 horas: SI NO
 Protección electrónica interior, detectores volumétricos, barreras o trampas en el interior SI NO
 Transmisión de alarma a centro especializado de recepción: SI NO
 Realiza mantenimiento de los sistemas de alarma cada 6 meses, al menos: SI NO

Datos Bancarios: Entidad: ____ Oficina ____ D. Control ____ N° Cuenta _____

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral

En cumplimiento a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos por Vd. facilitados serán incorporados a un fichero donde se conservarán bajo las más estrictas medidas de seguridad y confidencialidad con el objeto de realizar el tratamiento por parte de UNIBROK XXI Correduría de Seguros, S.A. y con la finalidad de controlar los servicios económico-financieros y de seguros prestados por la empresa, así como, hacerle llegar ofertas o informaciones que puedan ser de su interés por cualquier medio, incluido el correo electrónico y/o medio equivalente. Por este motivo, le rogamos nos comunique cualquier cambio o modificación que pudiera producirse respecto de sus datos con el fin de mantenerlos actualizados.
 Al entrar voluntariamente sus datos, usted CONSIENTE EXPRESAMENTE su tratamiento por parte de UNIBROK XXI, así como aquellas cesiones que sean necesarias para el mantenimiento de la relación pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición aportando una fotocopia de su DNI y dirigiéndose a nuestras oficinas, en Travessera de Gràcia, nº 11, 4ª planta, 08021 Barcelona.

En _____ a _____ de _____ de 200__

Solicito cotización riesgo

Firma del solicitante

Solicito emisión póliza

Firma del solicitante