

Oficina

Ejecutivo comercial

Cotización Emision

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

2-Actividad (lo más detallado posible).

3-Descripción:

Local en planta baja Si No Tiene pisos encima: Si No En centro comercial: Si No

Colindantes: detallar

Superficie ocupada:

Año de construcción

4-Protección de incendios:

Extintores : Si No Bocas de incendio: Si No Servicio de vigilancia permanente Si No

Otros. Detallar

5-Protección de Robo:

Puertas de acceso: Número Descripción / tipo / material

Tipo de protección

Tipo de cierre

Ventanas / otras aberturas: Número Descripción de las mismas

Tipo de protección

Tipo de cierre

Escaparates Si No

Tipo de protección

Alarma. Detallar tipo y si está conectada.

6-Capitales asegurados:

Valor Nuevo Valor Depreciado

Continente Obras de reforma

Contenido:

Mobiliario

Maquinaria

(Incluir todo tipo de maquinaria)

Existencias

Otros

7-Garantías:

Robo Si No

Efectivo en metálico

Efectivo en caja fuerte

Daños eléctricos: Si No

Capital

Pérdida de beneficios: Si No

en base a: Indemnización diaria

Beneficio bruto

Periodo de indemnización meses

Gastos fijos

Cristales / rótulos Si No

Capital

Equipos informáticos €

Detallar

Otros equipos electrónicos €

Detallar

Avería de maquinaria Si No

Capital

Bienes refrigerados Si No

Capital

Responsabilidad civil:

capital

Número de empleados

Volumen de ventas

Observaciones _____

Datos Bancarios:

Entidad: _____ Oficina _____ D.Control ____ Número Cuenta _____

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral

En _____ a _____ de _____ de 200__

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 CONSENTIÉNDOSAMENTE 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 Traversera de Gràcia, nº 11, 4ª planta, 08021 Barcelona.

Solicito cotización riesgo

Firma del solicitante

Solicito emisión póliza

Firma del solicitante