

Cuestionario de:

Aviación (Responsabilidad Civil)

Seguro para propietarios, mantenedores y operadores de aeropuertos y empresas con actividad aeronáutica y/o aeroportuaria.

Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario

El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que este legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de la empresa que actúa como solicitante.

Es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.

Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del asegurador. Si le queda duda de que constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al asegurador, por favor no dude en consultar con Intenacional Insurance Broker.

Este cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formara parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este cuestionario.

1. Datos generales

Proponente: C.I.F.:

Domicilio Social:

Ciudad: C.P.:

Teléfono: Fax: e-mail:

Domicilio del aeropuerto/riesgo:

Nombre y Apellidos de la persona que firma el presente cuestionario:

.....

2. Actividad

Relacionar actividades y volumen de facturación anual de cada una de ellas:

Actividad 1).....Facturación anual:

Actividad 2).....Facturación anual:

Actividad 3).....Facturación anual:

3. Intereses y valores a garantizar

LIMITE DE INDEMNIZACION

R. Civil. Explotación		
R. Civil Patronal		
R. Civil Productos		
Límite combinado R. Civil		
Otras garantías		

4. Información adicional

Existe suministro de fuel :

Existen aeronaves almacenadas: Valor máximo Valor total

Existen vehiculos de mantenimiento/apoyo/extinción:Detallar:

.....

Número de empleados y trabajos:

5. Información histórica

Vencimiento póliza de seguro actual: / /

Ha tenido algún siniestro en los últimos tres años :

En caso afirmativo detallar

Ha sido cancelada o rechazada alguna vez su póliza de seguros:

En caso afirmativo detallar

Nombre de su Cía. Aseguradora actual :

Firmado

Cargo

Sociedad

Fecha (día, mes, año)

* Es importante que el firmante de esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda rogamos contacten con Internacional Insurance Broker.